

309

El reto del seguro de Salud en una sociedad envejecida

y su implicación en los ODS en el Decenio del
Envejecimiento Saludable

**Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

309

**El reto del seguro de Salud en una sociedad
envejecida**

y su implicación en los ODS en el Decenio del
Envejecimiento Saludable

Estudio realizado por: María Zárraga Ribó
Tutor: Silvia de Evan Cardona

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2021/2022

Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios está dirigida y editada por el Dr. José Luis Pérez Torres, profesor honorífico de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación y agradecimientos

Esta tesis tiene como objetivo ser un aporte del seguro de salud a la Década del Envejecimiento saludable.

Quiero agradecer a FIATC, particularmente a Marisa Galán y Lluís Bachs por brindarme la oportunidad de cursar el Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras.

A mis compañeros actuarios (Albert Merino, Daniel Ferrer, Jorge Sanchez, Fani Gomez y Marta Marco) por su inestimable ayuda, apoyo y paciencia.

A Silvia de Evan, mi tutora, por sus consejos e implicación en esta tesis.

A la Dirección del Máster y a todo su profesorado por todo el saber transmitido y por la experiencia de pertenecer al alumnado de la Universitat de Barcelona.

Y, por último, a los compañeros del Master, grandes profesionales del sector asegurador, por todas las experiencias compartidas, pero sobre todo por la amistad y los buenos ratos vividos.

Resumen

En la década del envejecimiento saludable hemos de tomar medidas y encontrar soluciones sostenibles para la población. Aumenta la esperanza de vida y ahora el objetivo es mantener un buen estado de salud y una situación económica suficiente que permita mantener la calidad de vida.

Presentaremos un nuevo producto que ayude al ahorro para la jubilación. Mediante el pago de una prima nivelada cubriremos la prima del seguro de salud por tramos y la prima de este nuevo seguro, de manera que el asegurado pague siempre una prima con muy pequeñas variaciones y cuando llegue a los tramos superiores sea el seguro el que pague el exceso entre la prima por tramos y la pagada por el asegurado.

Palabras Clave: Seguro de salud, Prima nivelada, Prima por tramos, ODS, indicador ODS.

Resum

A la dècada de l'envelliment saludable hem de prendre mesures i trobar solucions sostenibles per a la població. Augmenta l'esperança de vida i ara l'objectiu és mantenir un bon estat de salut i una situació econòmica suficient que permeti mantenir la qualitat de vida.

Presentarem un nou producte que ajudi a l'estalvi per a la jubilació. Mitjançant el pagament d'una prima anivellada cobrirem la prima de l'assegurança de salut per trams i la prima d'aquesta nova assegurança, de manera que l'assegurat sempre pagui una prima amb molt petites variacions i quan arribi als trams superiors sigui l'assegurança la que pagui l'excés entre la prima per trams i la pagada per l'assegurat.

Paraules Clau: Assegurança de salut, Prima anivellada, Prima per trams, ODS, indicador ODS.

Summary

In the decade of healthy aging, we need to take action and find sustainable solutions for the population. Life expectancy is increasing and the goal must be to remain in good physical and economic health to maintain quality of life.

This thesis presents a new product that helps to save for retirement. By paying an almost level premium, the subject pays for his or her health insurance premium and for the premium of this new insurance. The insured person pays a premium that suffers minimal variations. When the insured reaches higher brackets, the insurance company pays the excess between the health premium and that paid by the insured in that moment.

Keywords: Health insurance, level premium, tiered premium, SDG, SDG indicator

Índice

1. Introducción	9
2. Envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida y merma de las pensiones públicas	15
3. Seguro de Salud	19
4. Antecedentes y situación actual.....	21
5. Primas de Salud en edades avanzadas.....	25
6. Propuestas como apoyo al Decenio del Envejecimiento Saludable.....	27
6.1. Cálculo de la prima	30
6.2. Propuesta adaptada a producto existente.....	33
6.3. Propuesta de nuevo producto.....	33
7. Incidencia en las ODS de la OMS.....	35
7.1. Indicador ODS - IVDS65+: Indicador de vida digna y sostenible a los 65 años y más.....	37
7.2. Efecto del seguro propuesto en los distintos ODS	40
7.2.1. ODS 1: Fin de la pobreza	41
7.2.2. ODS 2: Hambre cero	41
7.2.3. ODS 3: Salud y Bienestar.....	41
7.2.4. ODS 5: Igualdad	41
7.2.5. ODS 10: Reducción de las desigualdades	42
7.2.6. ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles.....	42
7.2.7. ODS 16: Paz, justicia e instituciones solidas.....	42
8. Diseño del Producto.....	43
8.1. Ejemplo de cálculo.....	44
8.1.1. Caso 1: Prima para un asegurado de 30 años	45
8.1.2. Caso 2: Prima para un asegurado de 40 años	46
8.1.3. Caso 3: Prima para un asegurado de 50 años	47
8.2. Definición del Producto	49
8.3. Estudio de viabilidad del Producto	50
8.4. Desarrollo del Producto.....	51
9. El plan de Marketing y Postventa.....	53
9.1. Análisis de situación.....	54
9.1.1. Externo	54
9.1.2. Interno	54
9.1.3. Producto – Precio – Comunicación – Distribución.....	54
9.1.4. DAFO	54
9.2. Planificación Estratégica	55
9.2.1. Establecimiento de objetivos	55
9.2.2. Diseño de la estrategia.....	55
9.2.3. Plan de Acción.....	56
9.3. Métodos de Control.....	56
10. Conclusiones.....	57
11. Bibliografía	61
11.1. Cuadernos de Dirección Aseguradora	61
11.2. Trabajo de Final de Master en Ciencias Actuariales y Financieras .	61
11.3. Informes:.....	61
11.4. Fuentes de internet:.....	61

El reto del seguro de Salud en una sociedad envejecida

y su implicación en los ODS en el Decenio del Envejecimiento Saludable

1. Introducción

El envejecimiento poblacional, a pesar de ser uno de los logros más importantes de la sociedad actual, puede acabar siendo un problema si no encontramos soluciones a las dificultades que trae aparejadas¹. El objetivo es conseguir un envejecimiento saludable sostenible, manteniendo la calidad de vida y estatus económico una vez superada la edad de jubilación.

La palabra salud proviene del latín *salus*, es un estado de bienestar o de equilibrio que se contrapone al estado de «enfermedad». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».²

El concepto de salud general está formado por cuatro áreas: *física*, que debe entenderse como un óptimo funcionamiento fisiológico del organismo; *mental*, se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes (escuela, familia, amigos, etc.), también tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, habilidades, ideales, valores, etc.; *emocional*, el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; y *espiritual*, que implica la reflexión en nuestras creencias.

El estado de Salud percibido es uno de los indicadores utilizados al evaluar la salud de la población y medir la satisfacción vital del individuo. Los indicadores sociales para medir la salud se refieren al modo de interactuar con otras personas y con las instituciones sociales. Los aspectos psicológicos de la calidad de vida vienen medidos específicamente por el crecimiento personal, propósito en la vida, autoaceptación y satisfacción con la vida.

No contar con los recursos psicológicos adecuados para darle sentido a la vida puede traer como consecuencia graves problemas de salud física, mental, emocional o espiritual pudiendo experimentar un vacío o frustración existencial, incluso un estado depresivo.

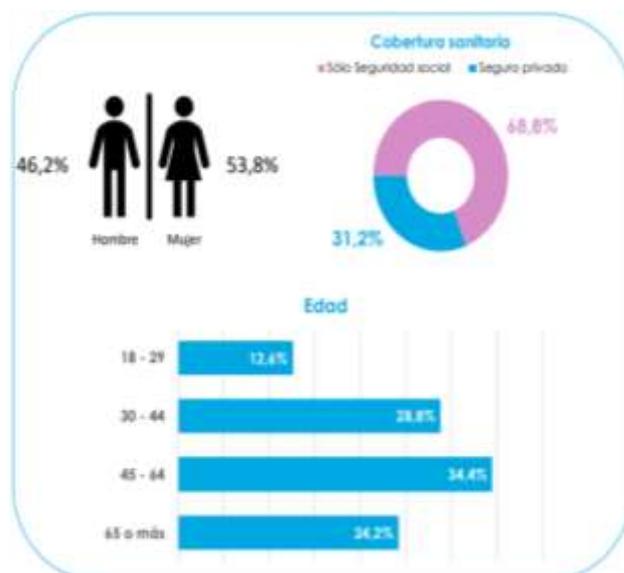
Por tanto, el objetivo ahora que hemos conseguido llegar a edades muy avanzadas es hacerlo con una situación saludable. El seguro de salud es un claro

¹ <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl22/2022/paper/viewFile/162/141>

² Razo GAM, Díaz CR, López GMP. Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. Rev CONAMED. 2018;23(2):58-65.

aliado para este fin siempre que consigamos adaptarlo a la nueva situación social.

Imagen 1. Segmentación por edad y sexo del seguro privado



Fuente: https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/I0236-10.20_IDIS_-_Nacional_v5.pdf

El Seguro de Salud se ha presentado como uno de los principales dinamizadores del sector de seguros. A finales de 2021 casi se alcanzaron los 10.000 millones de euros de primas imputadas con un incremento del 5,1 % y aproximadamente 13 millones de españoles confían su salud al seguro privado, poco más del 30 % de la población, siendo un seguro con asegurados en su mayoría de mujeres pero que cada vez es más igualitaria la proporción entre hombres y mujeres.

La franja de edad mayoritaria es la de 45 a 64 años con un 34'4 % de los asegurados, el 24,2% son mayores de 65 años, lo que significa que el 58,6% de los asegurados son mayores de 45 años actualmente. Esto implica que la cartera de asegurados está bastante envejecida.

La pandemia ha resultado ser un factor determinante para que cada vez más personas se decidan a complementar la asistencia sanitaria pública con la sanidad privada buscando efectividad y personalización. El acceso ágil a los especialistas y las pruebas diagnósticas, las innovaciones en tecnología asistencial, así como en los servicios de salud digital son los argumentos definitivos para contratar un seguro de salud y más en el periodo post pandemia.

El seguro de salud puede estar calculado con primas de diferentes tipos:

- Prima nivelada: Se calcula una cuota independiente de la edad y que permanece inalterada con el paso del tiempo. Para las edades más jóvenes ésta es más elevada que la prima natural y para edades más avanzadas la prima nivelada será inferior.
- Prima natural en función de la edad: Se trata de una tarifa variable, ya que cambia con la edad asegurado.
- Prima nivelada por tramos de edad: Es una combinación de las dos anteriores. Trata de calcular una prima nivelada para cada tramo de edad.

Las primas y prestaciones en un seguro de salud no pueden presentar diferencias por cuestiones de sexo y los costes asociados al embarazo y parto no se pueden repercutir a las causantes ya que implicaría un agravio por género, lo que queda recogido en la Directiva (UE) 2004/113/CE, de diciembre de 2004, por la que se aplica al principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro, y el Real Decreto 1361/2007, de 19 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, en materia de supervisión del reaseguro, y de desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en materia de factores actuariales.

El seguro de salud ha evolucionado en el tiempo. La modalidad por tramos de edad es la que se comercializa actualmente, lo que significa que el asegurado pagará una prima menor en los años más jóvenes y la prima se irá incrementando según el asegurado vaya cambiando de tramo de edad.

Los primeros tramos son atractivos con primas muy asequibles mientras que los tramos superiores, sobre todo los que están por encima de la edad de jubilación tiene primas muy altas, más si tenemos en cuenta que en ese momento el asegurado entra en la edad de jubilación y por tanto pierde poder adquisitivo.

Imagen 2. Cuadro Médico con hospitalización

Con copago					
	20 años	30 años	40 años	50 años	60 años
DKV	31,00	25,60	43,80	51,80	71,00
ASISA	20,80	25,40	25,40	42,20	52,70
AXA	27,00	35,10	48,20	58,30	70,90
AEGON	33,33	33,30	33,30	44,90	76,60
ADESLAS	39,00	39,00	39,00	49,00	89,00
SANITAS	45,40	54,50	60,60	74,60	117,10
Sin copago					
FIATC	37,00	39,00	53,00	58,00	76,00
ASISA	43,60	52,30	52,30	59,10	89,40
ASEFA	44,70	44,70	51,60	51,60	68,80
DKV	45,70	56,30	64,20	76,00	104,20
AEGON	47,50	47,50	47,50	64,20	109,40
ADESLAS	59,00	69,00	69,00	74,00	119,00

Fuente: <https://www.acierto.com/seguros-salud/comparador>

Este hecho nos plantea una problemática que con el futuro incierto de las pensiones se agrava sobremanera, lo que podría llevarnos a que el seguro de salud se pudiera convertir en un bien inasequible para los asegurados de edad más avanzada. Asegurados que es probable que hayan disfrutado de seguro de salud toda la vida y ahora en los años en los que más lo van a necesitar se vean incapaces de pagar las primas tan gravosas que corresponden a las edades superiores de la escala de primas.

Por tanto, lo que vamos a proponer son posibles soluciones para los asegurados dado que solucionaría el problema futuro del incremento de las primas de salud y para las Compañías de seguros porque se abre una posibilidad de mercado que resulta atractiva e interesante.

Coincidiendo con la década del Envejecimiento Saludable, que es una iniciativa de colaboración mundial que aúna los esfuerzos de distintos sectores y partes interesadas, entre ellos gobiernos, la sociedad civil, organizaciones internacionales, profesionales, instituciones universitarias, medios de comunicación y el sector privado, para mejorar la vida de las personas mayores y la de sus familias y comunidades plantearemos una solución de producto que ayude a conseguir este objetivo³.

Se ha de conseguir un envejecimiento saludable ahora que ha aumentado el número de años que vivimos. No hemos de olvidar que una persona pasa de media un 50% de su vida con un estado de salud considerado no del todo bueno (se considera una persona en buen estado de salud a aquella que no

³ <https://www.decadeofhealthyageing.org/es>

tiene enfermedades crónicas que impacten en su calidad de vida o duración de la misma) y un 12% de su vida con un estado de salud malo, es el momento de la historia en el que pasamos más tiempo en moderado o mal estado de salud y esto con el incremento de esperanza de vida solo hará que empeorar a menos de que hagamos algo. Es importante, por tanto, recibir una buena atención médica y que los gobiernos realicen grandes inversiones en sanidad.⁴

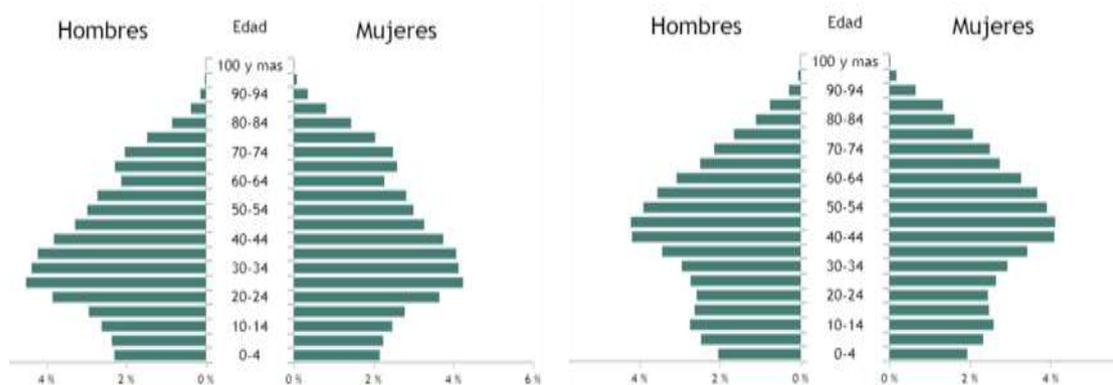
Para ello en esta Tesis analizaremos la situación actual, con posibles soluciones y el impacto que pueda tener en las ODS, además presentaremos ejemplos de cálculo de la opción que creemos más comercializable en el mercado de salud actual y los pasos a seguir para su comercialización

⁴ McKinsey analysis; Life Expectancy at Birth, Total (Years) Database, World Bank Data, accessed 13 December 2021; Global Burden of Disease Study 2019, Demographics 1950–2019, Institute for Health Metrics and Evaluation, accessed 13 December 2021.

2. Envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida y merma de las pensiones públicas

En la evolución de la pirámide poblacional de los últimos 18 años vemos como el mayor monto de población que hace 18 años se hallaba entre los 20 – 40 años actualmente ya se sitúa en edades cercanas a la jubilación y que la base de la pirámide disminuye. Esto implica que la pirámide está perdiendo su forma y poco a poco se transforma en una pirámide invertida, lo que muestra una población envejecida.

Gráfico 1. Pirámide de edades española de 2003 y 2021



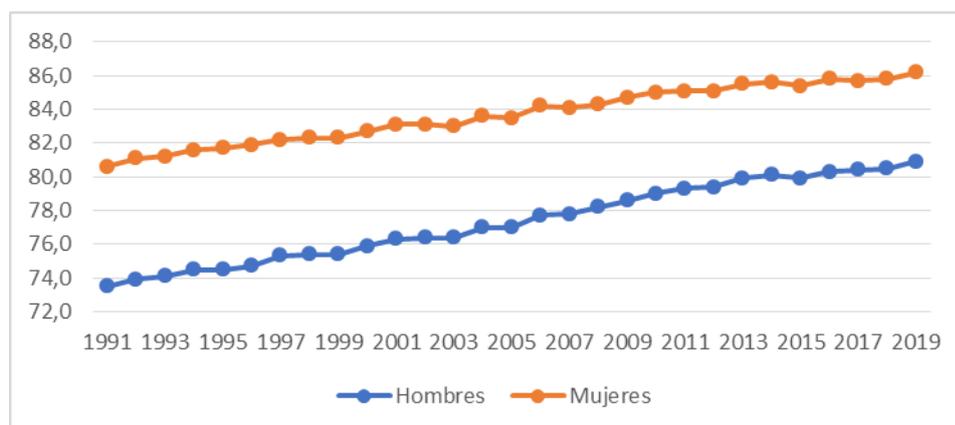
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La población actual está teniendo un claro aumento de la longevidad lo que provoca un envejecimiento de la población en general. Cada vez es mayor la proporción de personas en edades superiores a la edad de jubilación que perciben pensiones de jubilación, es decir que ya no pertenecen al mercado laboral. Esta tendencia no solo no frenará, sino que se agravará con el tiempo, dado que el éxito de la lucha contra muchas enfermedades mortales es uno de los grandes logros de este siglo.

El incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad, que decrece cada año, hace que se evidencie un desequilibrio futuro donde el número de pensionistas tiende a incrementarse y en cambio el de trabajadores en activo disminuye.

Tal como apreciamos en el gráfico 2 la esperanza de vida aumenta y tiende a seguir haciéndolo y con ello cada vez son más los años de supervivencia después de la jubilación.

Gráfico 2. Esperanza de Vida por sexos



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El sistema español de pensiones se basa en el principio de reparto, donde las aportaciones de las empresas y de los trabajadores en activo a la Seguridad Social son las que sustentan las pensiones de los jubilados actuales. Es decir, son las cantidades aportadas por los trabajadores en activo las que se utilizan para pagar la pensión de los trabajadores jubilados. Se presupone que serán los trabajadores del futuro los que tendrán que pagar la pensión de los que trabajan hoy en día cuando pasen a la situación de jubilados.

El aumento de la esperanza de vida va, por tanto, acompañado de nuevas políticas económicas como por ejemplo aplicar medidas para incrementar la edad de jubilación, son medidas que, aunque no parecen suficientes para mantener el sistema actual de pensiones ayudará a la sostenibilidad del mismo. En 2031, solo en Catalunya, ya habrá 371.000 personas activas más que en 2021 haciendo un total de 4,3 millones de personas, entre las que destaca la población activa de más de 65 años que pasará de 47.500 a 118.800 personas, es decir que más que se duplicará el número de personas trabajando con una edad superior a la actual de jubilación. Este aumento vendrá dado tanto por la llegada a la edad de jubilación de la generación del baby boom como a los cambios legislativos, con un primer impacto al pasar la edad de jubilación de los 65 a los 67 años en función de los años cotizados, además de las penalizaciones a las jubilaciones anticipadas y a las bonificaciones por retrasar la edad de jubilación. Será significativo el efecto en las mujeres activas de más de 65 años, después del gran aumento en la tasa de actividad femenina de los últimos 20 años, en este periodo los hombres duplicarán el número de activos de más de 65 años pasando de 29.000 a 62.000, mientras que las mujeres lo triplicarán pasando de 18.000 a 57.000⁵.

Se hace necesario además que todas las reformas en pensiones consigan una equivalencia actuarial, para que el sistema siga siendo sostenible, es decir que genere pagos para los que tenga ingresos suficientes. Se debería adecuar la

⁵ https://www.ara.cat/economia/jubilacio-mes-lluny-poblacio-activa-mes-65-anys-duplicara-decada_1_4409451.html

cuantía de las pensiones a la evolución de la esperanza de vida, es decir, que se calcule la pensión a percibir conforme a la nueva esperanza de vida ajustada a las contribuciones realizadas, esto resultaría en una pensión menor a la actual y, por tanto, un menor poder adquisitivo.

Todas las reformas que se realicen en el sistema de pensiones se han de analizar con mucho detenimiento dado que no solo afectan al presente de las pensiones, sino que el efecto se extiende en el tiempo y por tanto se ha de tener muy en cuenta que compromisos adquiridos ahora se puedan ver soportados en el futuro por los cotizantes del momento, que serán los que asuman el coste de las reformas.

Las pensiones públicas forman el primer y más importante pilar de previsión social pero no hemos de olvidar que hay otros dos que ayudarán a los pensionistas, el segundo pilar es el ahorro empresarial que ahora se ve incentivado por el gobierno frente al ahorro individual que forma el tercer pilar, cada vez menos apoyado por las medidas fiscales que lo incentivaban hasta ahora y que son los planes de pensiones individuales, Planes de previsión Asegurados y Entidades de Previsión Social Voluntaria.

Aumenta nuestra esperanza de vida, pero no tanto la esperanza de vida saludable. Vivimos más, pero nuestros últimos años necesitan de una mayor atención sanitaria. Sin olvidar que la prolongación de la vida laboral aumenta el riesgo de fallecimiento. Dato que no es baladí si tenemos en cuenta que retrasar un año la edad de jubilación eleva el riesgo de morir entre los 60 y los 69 años en cinco puntos porcentuales. Esto tendrá un efecto importante sobre la esperanza de vida de los trabajadores en el futuro⁶.

Con los avances de las técnicas anestésicas y quirúrgicas junto con la mejora de los procedimientos con cirugías mínimamente invasivas cada vez se opera a edades más avanzadas, las hospitalizaciones de personas mayores de 80 años se han multiplicado en los últimos tiempos. Aquellas personas que hace unos años los cirujanos eran reacios a operar, hoy en día es normal tenerlos en la mesa de operaciones. En los hospitales cada vez se ven más pacientes que ya han cumplido los 80 años e incluso nonagenarios y centenarios. Las intervenciones habituales en la población más mayor como pueden ser las intervenciones de cadera presentaban hasta hace bien poco un elevado riesgo de mortalidad, pero las nuevas técnicas han hecho que se multipliquen los ancianos intervenidos al verse reducido este riesgo⁷.

El hecho de una población más envejecida, con una necesidad sanitaria mayor a la actual, hará que el Sistema Nacional de Salud se colapse más de lo que ya

⁶ https://www-elconfidencial-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.elconfidencial.com/amp/economia/2022-06-21/efecto-secundario-retrasar-edad-jubilacion-morir-antes-70_3447011/

⁷ <https://www.deia.eus/actualidad/sociedad/2022/06/18/envejecimiento-poblacion-incrementa-operaciones/1230653.html>

está actualmente y el tener un Seguro de Salud pasará a ser una necesidad más acuciante si se pretende una atención rápida y así evitar los problemas del Sistema público, como son los problemas de accesibilidad a la atención primaria (problema que se traslada además a la sanidad privada, ya que las personas recurren a la contratación de seguros a bajo precio para poder tener esta atención y esto a su vez hace que los tiempos para ser atendidos por la opción privada sean más largos), las listas de espera, la falta de acceso a la innovación farmacéutica y tecnológica, la inequidad entre Comunidades Autónomas, la falta de implicación en innovación y adaptación a la transformación digital, la desatención a pacientes mayores y crónicos que se ha visto muy acentuada en la época de la pandemia, además de declararse un sistema ineficiente, burocratizado y sin flexibilidad para el cambio o situaciones urgentes y con un desaprovechamiento de los recursos privados.⁸

Una población cada vez más envejecida podría obligar, además, a una reforma en el sistema de salud y que en el futuro se establezcan conciertos de cooperación entre salud pública y privada. Este tipo de sistemas ya existen en Suiza o Alemania. Sería complicada su implantación porque ha de estar muy bien regulado.

En Suiza se combina el sistema público con el privado, operan en un mercado muy regulado a nivel federal. Es uno de los modelos más caros del mundo donde la calidad y la asistencia son buenas y donde no hay listas de espera. Cualquier residente en Suiza ha de contratar un seguro médico básico de manera obligatoria y pagar una cuota mensual a la caja de salud que elija. Las personas con rentas bajas tienen derecho a descuentos propios de su cantón de residencia. Los pacientes deben contribuir a los gastos con una cantidad mínima anual de 300 francos, aunque puede optar por franquicias más altas, de hasta 2.500 francos y así reducir su cuota mensual. Además, el paciente paga un porcentaje añadido por prestación, por medicamentos o incluso por día de hospitalización

En Alemania es admirada la reputación de hospitales y clínicas. El sistema público es financiado por un fondo que acumula las contribuciones de empleadores y empleados. Toda persona que pase un tiempo en territorio alemán ha de tener un seguro médico, es obligatorio para conseguir una visa, teniendo un sueldo anual bruto superior a 60.750 € ya se puede acceder a un seguro médico privado, por debajo de ese importe tienen derecho al seguro médico estatal. Los estudiantes, autónomos y desempleados suelen acceder a paquetes especiales de las compañías de seguros o bien se quedan con la cobertura estatal. La mayor diferencia entre una y otra es el tiempo de espera para la atención médica donde la espera es más larga en los seguros públicos.

El seguro médico privado es más barato que el seguro médico público cuando el asegurado es joven y se vuelve mucho más caro a medida que el asegurado envejece

⁸ El deterioro del sistema público de salud puede arrastrar a la sanidad privada — Inese

3. Seguro de Salud

El seguro de asistencia sanitaria se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como, con carácter general, por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes integrantes en el contrato de seguro.

Mediante el Seguro de Salud la Entidad Aseguradora se compromete a poner a disposición del asegurado un equipo sanitario contenido en su Guía Médica destinado a la prestación de servicios de salud en función de la modalidad contratada, previa cumplimentación de cuestionario de salud, haciéndose cargo del coste económico de la asistencia requerida.

El cuestionario de Salud ha de ser cumplimentado por el asegurado de manera que de existir preexistencias la Entidad aseguradora pueda valorar y delimitar el riesgo asegurado, incluso haciendo exclusiones de cobertura que el asegurado ha de aceptar explícitamente. En los condicionados de la póliza se especificará las coberturas, exclusiones de cobertura, si hay periodos de carencia en ciertas coberturas y todas las especificaciones contractuales.

Las modalidades habituales de seguro de asistencia sanitaria son:

- Seguro de salud Completo, que otorga al asegurado la cobertura que permite el acceso a la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren dentro de las coberturas en las especialidades señaladas en el contrato impartidas por los profesionales recogidos en la Guía Médica de la Entidad.

Existen dos opciones:

- Sin copago: donde el asegurado únicamente paga la prima del seguro
 - Con copago: donde el tomador del seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la póliza. Tiene una prima más asequible que la póliza sin copago.
- Seguro de salud Básico, que otorga al asegurado la cobertura que permite el acceso a la asistencia médica específica que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren dentro de las coberturas del contrato quedando excluidos los internamientos hospitalarios, así como cualquier intervención quirúrgica y las urgencias hospitalarias. También con opciones de Sin copago y Con copago
 - Seguro de Reembolso de gastos, que permite al asegurado además de la cobertura del Seguro completo visitarse por facultativos que no constan en la Guía Médica de la Entidad o en Centros ajenos a dicha Guía,

en cuyo caso la Entidad abonará el importe facturado dentro de los límites marcados en póliza.

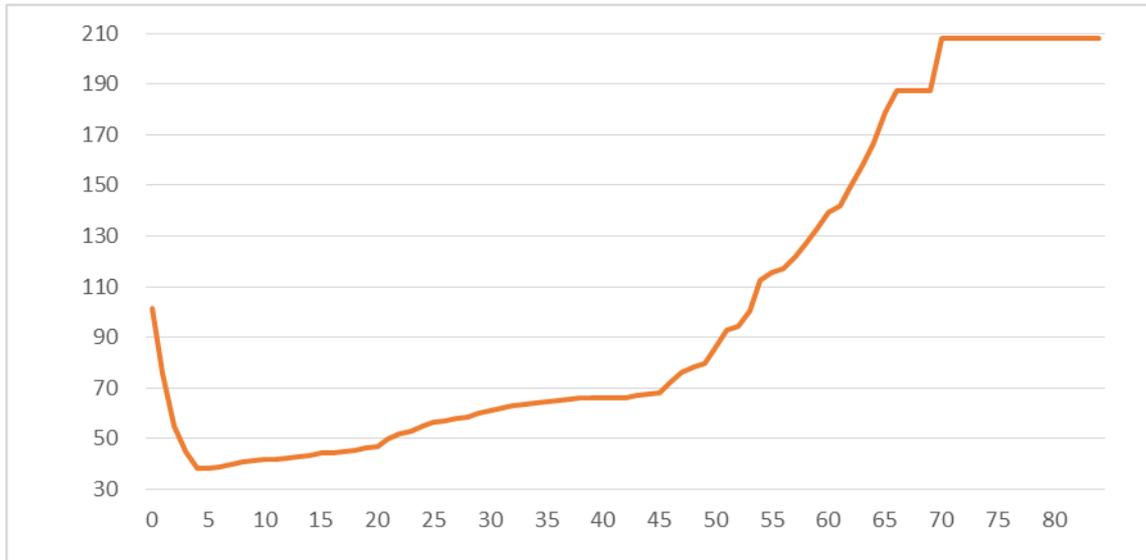
Prestaciones o coberturas más habituales en los seguros de salud

- Medicina primaria: Medicina General, Pediatría, Puericultura y Enfermería
- Urgencias: Domiciliarias y en centros hospitalarios solo en las de cobertura completa, servicio de ambulancia
- Especialidades médicas y médico quirúrgicas:
 - Alergia
 - Análisis Clínicos
 - Anatomía Patológica. Anestesiología y Reanimación
 - Angiología y Cirugía Vasculat.
 - Aparato Digestivo.
 - Cardiología.
 - Cirugía: General y del Aparato Digestivo, Cardiovascular, Maxilofacial, Pediátrica, Torácica, Plástica y Reparadora, Neurocirugía.
 - Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
 - Endocrinología y Nutrición.
 - Geriatría.
 - Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
 - Hematología y Hemoterapia.
 - Medicina de la Educación Física y del Deporte.
 - Medicina Interna.
 - Medicina Nuclear.
 - Nefrología.
 - Neonatología.
 - Neumología.
 - Neurofisiología Clínica.
 - Neurología.
 - Obstetricia y Ginecología.
 - Odonto-Estomatología.
 - Oftalmología.
 - Oncología.
 - Otorrinolaringología.
 - Psiquiatría.
 - Radiodiagnóstico.
 - Rehabilitación.
 - Reumatología.
 - Traumatología y Cirugía Ortopédica.
 - Urología

4. Antecedentes y situación actual

El seguro de salud se caracteriza por tener un coste por frecuencia decreciente en los dos primeros años llegando a mínimos pasado este primer periodo y ya siendo ascendente a lo largo de la vida de los asegurados.

Gráfico 3. Coste medio x frecuencia en salud



Fuente: Elaboración propia origen de BD <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

Históricamente la tarifa era nivelada y para las Mutuas y Compañías Aseguradora con esquema de cooperativismo sanitario especialmente esa era la estrategia de tarificación.

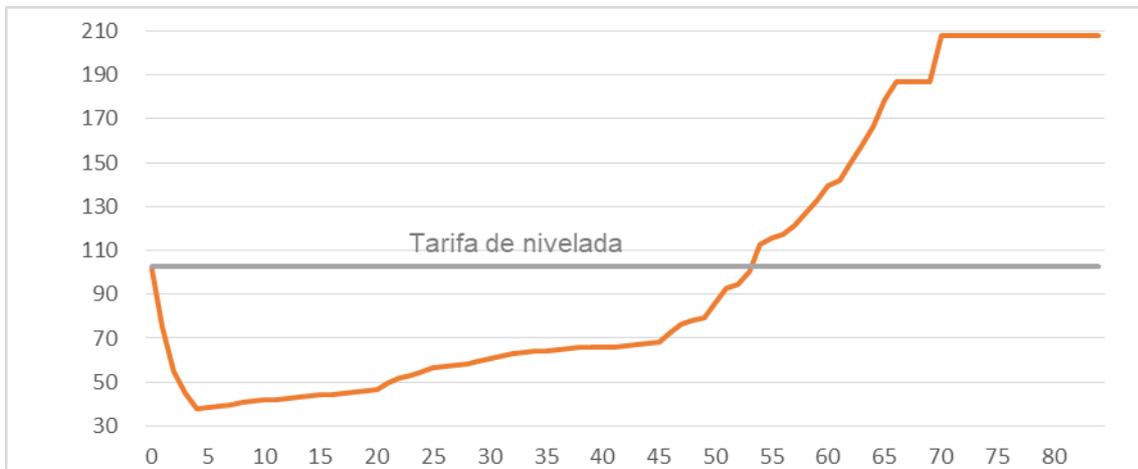
La prima nivelada establecía una prima media necesaria para soportar el gasto de la cartera de asegurados, cartera formada por diversas y variadas edades, la prima media quedaba repartida de manera equitativa entre todos los asegurados de la cartera.

La compañía de seguros dirigía su oferta comercial a los asegurados jóvenes dado que al generar una menor siniestralidad hacía que la prima media necesaria se mantuviera en unos niveles contenidos. El interés comercial estaba focalizado en las edades jóvenes porque eran las que dejaban un mayor margen y en el momento de la retarificación hacía que la prima necesaria fuera menor. Pero el asegurado joven buscaba tener una prima todavía más ajustada a su consumo y las entidades aseguradoras vieron una posibilidad en la prima por tramos.

En la década de 1990 algunas compañías irrumpen con tarifa por tramos de edad y esta estrategia de prima más competitiva para los jóvenes empuja al mercado a evolucionar a este esquema para evitar la anti-selección y el deterioro de la competitividad de la compañía que no la adopta

El asegurado joven prefería pagar una prima ajustada a su consumo y las compañías se adaptaron a su necesidad.

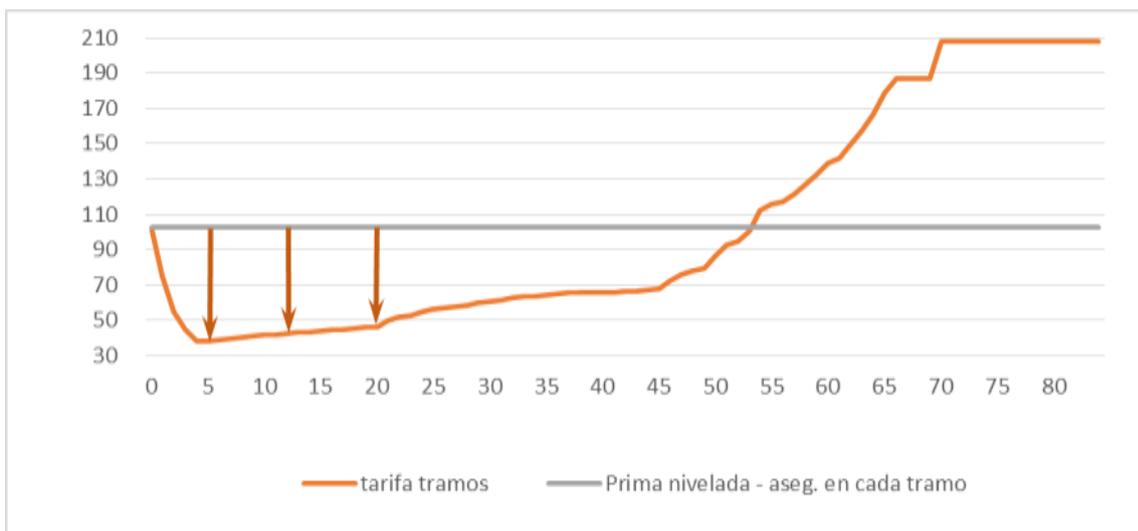
Gráfico 4. Si tenemos asegurados en cada uno de los tramos



Fuente: Elaboración propia origen de BD <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

La tarifa por tramos de edad aplica un escalado de primas conforme al gasto medio de cada tramo de edad. Las edades jóvenes tienen un gasto medio menor que las edades más avanzadas y al particionar los tramos permite que las primas de los jóvenes sean sustancialmente más baratas. Además, hemos de tener en cuenta que el mayor gasto a edades jóvenes suele provenir de los embarazos o partos y estos quedan legalmente protegidos, de manera que no se puede repercutir dicho gasto a los causantes sino que se han de prorratear entre toda la cartera, lo que provoca una clara diferenciación de primas por tramos de edad donde la prima mínima necesaria aumenta con la edad.

Gráfico 5. Si tenemos asegurados en cada uno de los tramos

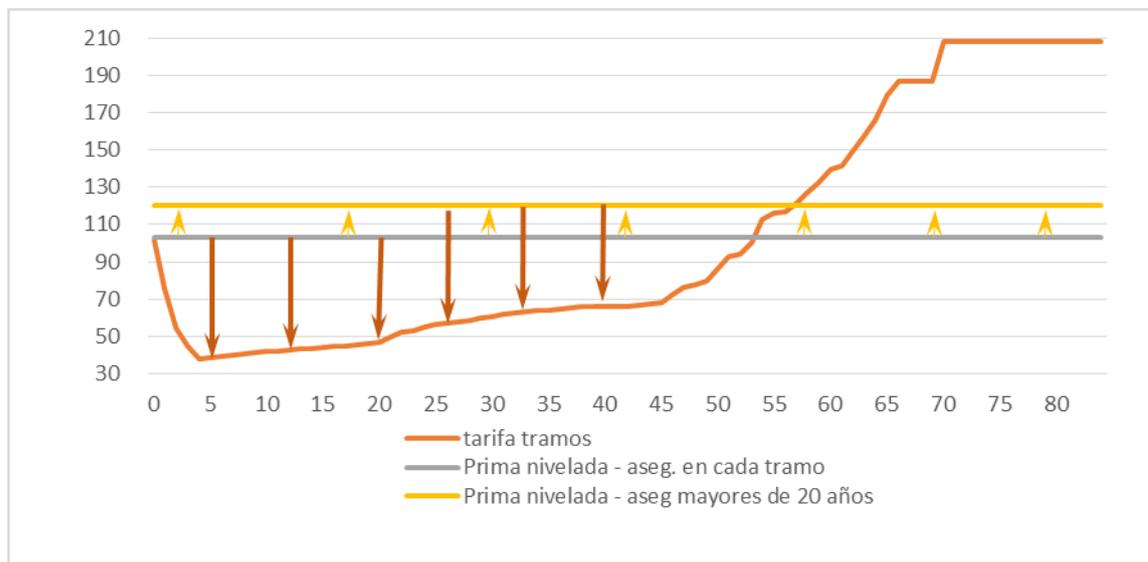


Fuente: Elaboración propia origen de BD <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

Al comercializarse la nueva prima por tramos se produjo un trasvase de jóvenes a la nueva prima más económicamente atractiva. Los jóvenes se beneficiaron de primas más ajustadas a su siniestralidad real.

Pero las pólizas que se mantuvieron en el antiguo sistema de primas niveladas soportaron primas más altas dado que la siniestralidad media de la cartera se incrementó al perder a los asegurados jóvenes, que como hemos dicho son menos siniestrosos. Se envejeció la cartera de asegurados que quedaba en el sistema de primas niveladas y por tanto una prima mínima necesaria media cada vez mayor para soportar el aumento de la siniestralidad media.

Gráfico 6. Si tenemos asegurados solo en los tramos superiores a 20 años



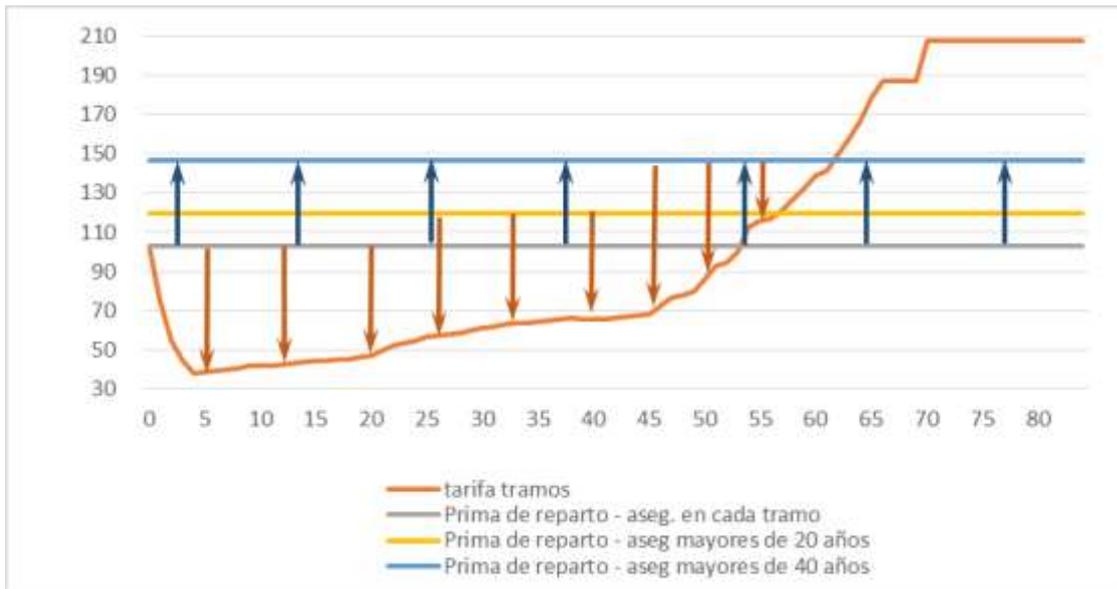
Fuente: Elaboración propia origen de BD <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

El incremento de la prima nivelada provocada por el primer trasvase de jóvenes a la nueva prima por tramos hace que los pocos jóvenes que no se traspasaron ya a la nueva prima tengan más aliciente a hacerlo puesto que la franja entre la prima nivelada y su prima por tramo se agranda.

Progresivamente aumentará cada vez más este flujo de jóvenes a las nuevas primas por tramos puesto que el aumentar la prima nivelada los jóvenes que quedan en este sistema se ven más motivados a cambiarse al nuevo sistema de tramos, lo que llevará a que cada vez queden menos jóvenes en productos con prima nivelada.

La siniestralidad media en el sistema de prima nivelada se incrementa con el aumento de la edad media de la cartera. Crece, como decimos, puesto que ya no se ve sostenida por la menor siniestralidad de los asegurados jóvenes, que ahora ya están en el nuevo sistema por tramos. Poco a poco se va haciendo insostenible el aumento de la prima nivelada que lleva finalmente a una cartera envejecida con una Prima Mínima necesaria muy parecida a la de tramos en el tramo más alto.

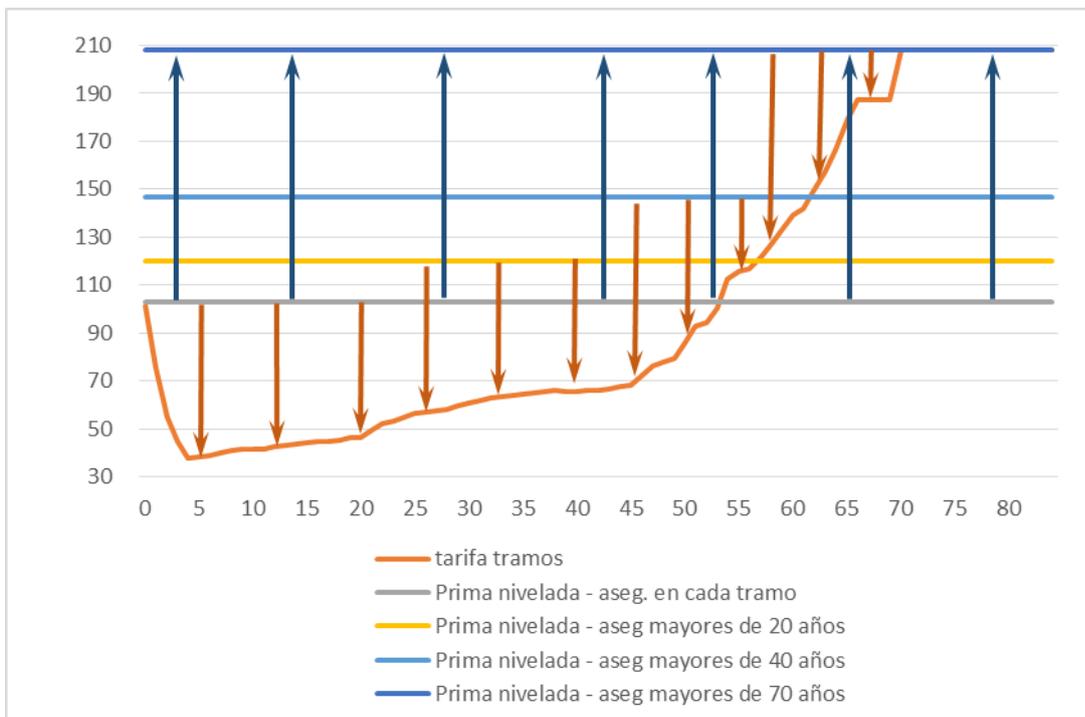
Gráfico 7. Si tenemos asegurados solo en tramos superiores a 40 años



Fuente: Elaboración propia origen de datos <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

El propio sistema buscará un equilibrio que se producirá cuando la juventud se sitúe en la tarifa por tramos y el sistema nivelado se sitúe en una prima equivalente al tramo superior de la tarifa por tramos con una cartera de asegurados muy mayor, en su mayoría de edades correspondientes al último tramo de la tarifa por tramos, donde la tarifa es muy alta y más para el poder adquisitivo del segmento.

Gráfico 8. Si tenemos asegurados solo en tramos superiores a 70 años

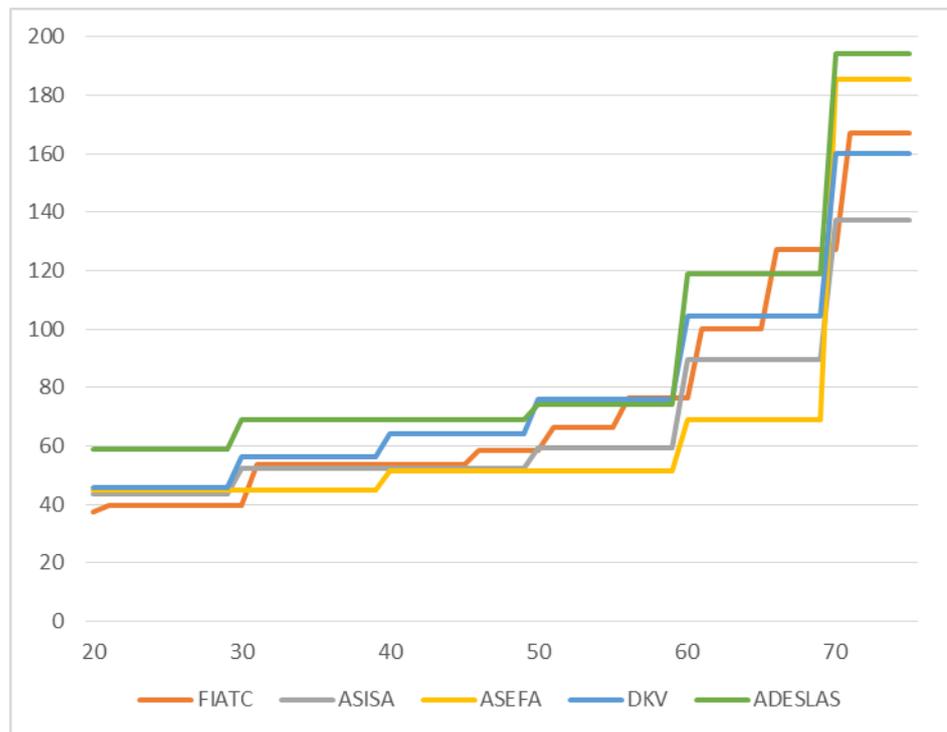


Fuente: Elaboración propia origen de datos <https://www.mapfre.es/media/tarifas-salud-2022.pdf>

5. Primas de Salud en edades avanzadas

Las primas de Salud actualmente comercializadas son por tramos de edad. En esta modalidad las primas van aumentando a lo largo de la vida del asegurado siendo las más altas las que se encuentran por encima de la edad de jubilación.

Gráfico 9. Tarifas actuales por tramos, sin copago



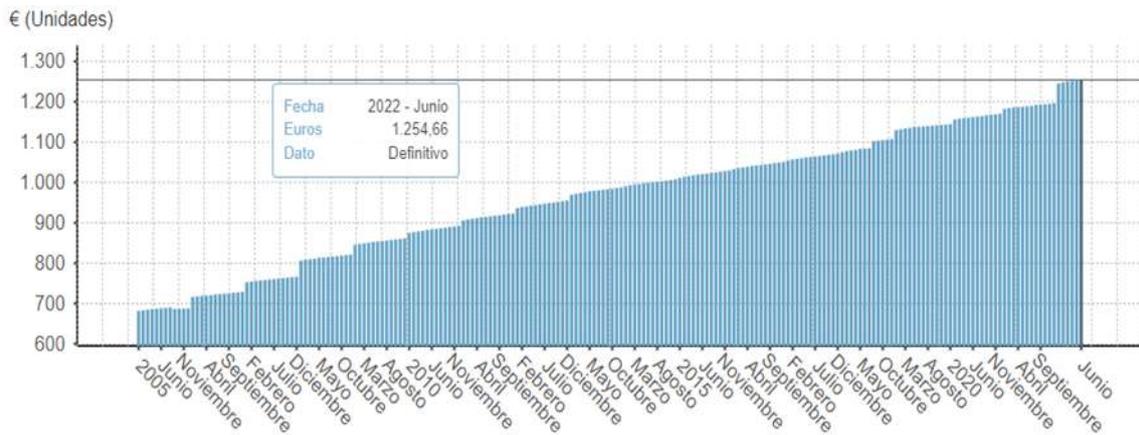
Fuente: Elaboración propia origen de datos obtenidos de acierto.com

Las necesidades médicas se incrementan cuanto mayor es la persona, entre otras cosas porque muchas de las enfermedades que se sufren a lo largo de la vida se cronifican como puede ser la diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, colesterol, etc. y hoy en día con los avances médicos las intervenciones quirúrgicas se alargan en el tiempo y se opera hasta edades impensables hasta hace unos años. Las necesidades médicas, por tanto, se incrementan con la edad y es por ello que las primas de salud son crecientes cuando las tarifas son por tramos de edad.

Esto implica que para poder pagar el seguro de salud una gran parte de la pensión de jubilación ha de ir destinada al pago de la prima.

Actualmente la prima media por tramos de una persona de 72 años implica entre un 10% -15% de la pensión media de jubilación. Si en la unidad familiar solo se percibe una pensión de jubilación puede resultar entre el 20 % - 30 % de la pensión que se percibe en el hogar familiar.

Gráfico 10. Serie histórica sobre la evolución de la pensión media en España



Fuente: Elaboración propia origen de datos obtenidos de acierto.com

Como hemos visto anteriormente tanto en un sistema de pago de primas nivelado como por tramos finalmente el asegurado de edades avanzadas se encontrará pagando primas excesivamente caras para su nivel adquisitivo dado que el equilibrio de ambos sistemas solo se conseguirá cuando ambas primas sean iguales, mientras no se alcance ese punto habrá un trasvase continuo de asegurados jóvenes a la tarifa por tramos.

Por tanto, el panorama futuro será de primas muy altas, con pensiones con un poder adquisitivo cada vez menor y con una necesidad de seguro de salud privado mayor que en ninguna etapa anterior de su vida.

Una manera de rebajar esas primas tan poco interesantes es disminuyendo las prestaciones o restringiéndolas. En el mercado hay productos focalizados para el público de edad avanzada donde se ofrecen coberturas con participación del asegurado en el coste (copago) como es el caso de Senior Adeslas, o bien con restricción de visitas a especialistas o a pruebas complementarias como es el caso de Sanitas Mas Vital, o bien un número de visitas incluidas y el resto con copago como es el caso de Nara Senior que permiten contener el precio que les corresponde si están en una póliza de salud completo.

6. Propuestas como apoyo al Decenio del Envejecimiento Saludable.

Los productos que existen en el mercado para personas mayores, productos pensados para evitar listas de espera y acudir de forma rápida a especialistas en geriatría, medicina general, con un número determinado de consultas con especialistas al año, fisioterapia y otros servicios específicos pensados para esa franja de edad están pensados para personas que no han disfrutado de seguros de salud hasta el momento a los que les da una cierta cobertura a precios asequibles con la participación del asegurado en una parte de la prestación (copago).

El objetivo de esta Tesis es encontrar una solución para los asegurados, que ya pertenecen al seguro de Salud por tramos, que quieren seguir teniéndolo sin que tengan que preocuparse de ese incremento de primas que ocurre en las edades avanzadas y que les permita por tanto tener un poder adquisitivo superior que les genere una tranquilidad y una posibilidad de recursos para otros fines.

Se propone crear un producto en el que pagando una prima superior a la prima por tramos en los primeros años del contrato se consiga que la prima sea más o menos constante a lo largo de la vida, incrementándose anualmente solo con el IPC Sanitario o en el peor de los casos en algún pequeño ajuste extra. Es decir, el objetivo es que el asegurado pague una prima nivelada, una prima constante a lo largo del tiempo que no le obligue a permanecer en la propia entidad aseguradora, sino que le dé también la libertad de cambiarse de aseguradora si lo desea.

Difiere con el sistema de primas niveladas anterior en que la prima era nivelada para el colectivo de asegurados, es decir que se calculaba la prima media necesaria para cubrir los siniestros de la cartera de asegurados, en este caso se calculará la prima nivelada del asegurado en particular. Es decir, se propone un sistema de capitalización frente al sistema de reparto que era el que antes se aplicaba.

El objetivo es que el asegurado pague una prima más o menos constante a lo largo del tiempo, que sufra solo pequeños incrementos, que inicialmente cuando la prima de Salud sea más baja cubra el pago de la prima de salud y genere un excedente que servirá como pago de la prima del seguro propuesto, y cuando la prima de Salud sea más gravosa en edades avanzadas el asegurado siga pagando la misma prima y sea el seguro propuesto el que haga prestaciones para cubrir la diferencia entre la prima pagada por el asegurado y la que le corresponde pagar del seguro de salud por tramos.

Hemos de ser conscientes que estamos pensando en un asegurado que ha de tener cultura de seguro de salud privado puesto que en España disfruta de la sanidad pública, por tanto, no va a percibir la necesidad de aseguramiento futuro a menos de que sea un asegurado que esté acostumbrado al servicio de la sanidad privada y no esté dispuesto a perderla.

Podríamos pensar en un producto totalmente flexible para el asegurado donde se pueda elegir entre varias opciones, que tendrían que estar bien determinadas y acotadas para evitar primas insuficientes futuras:

- Opción 1: Pago de prima vitalicio constante, variable en el IPC Sanitario o ajustes en el caso de grandes desviaciones:

Hacer el pago de una prima constante a lo largo de la vida del seguro que solo sufra el incremento del IPC Sanitario y ajustes necesarios, estimado en un inicio. La regularización anual será mínima en el caso de ser necesaria puesto que ya partimos de unos valores iniciales estimados. Al permitir hacer ajustes necesarios futuros esta opción es menos arriesgada para la compañía, puesto que cada año adaptará la prima a pagar a las nuevas circunstancias y será un poco más cara para el asegurado en un inicio que la opción 2, puesto que los cálculos se harán con la prima actual estimando incrementos de IPC Sanitario anuales.

- Opción 2: Pago de prima vitalicio de prima no constante:

Opción donde se informará al asegurado y será potestad de él decidir si prefiere pagar lo que se recomienda o si en ese momento no le interesa, pagar menos, aunque entonces deberá tener en cuenta que la parte de prima que no cubra ahora tendrá que pagarla más adelante si no quiere encontrarse pagando una prima muy cara en edades avanzadas. Sería una opción muy flexible pero que podría conllevar una relajación por parte del asegurado que nos llevaría a que no consiguiéramos el objetivo buscado.

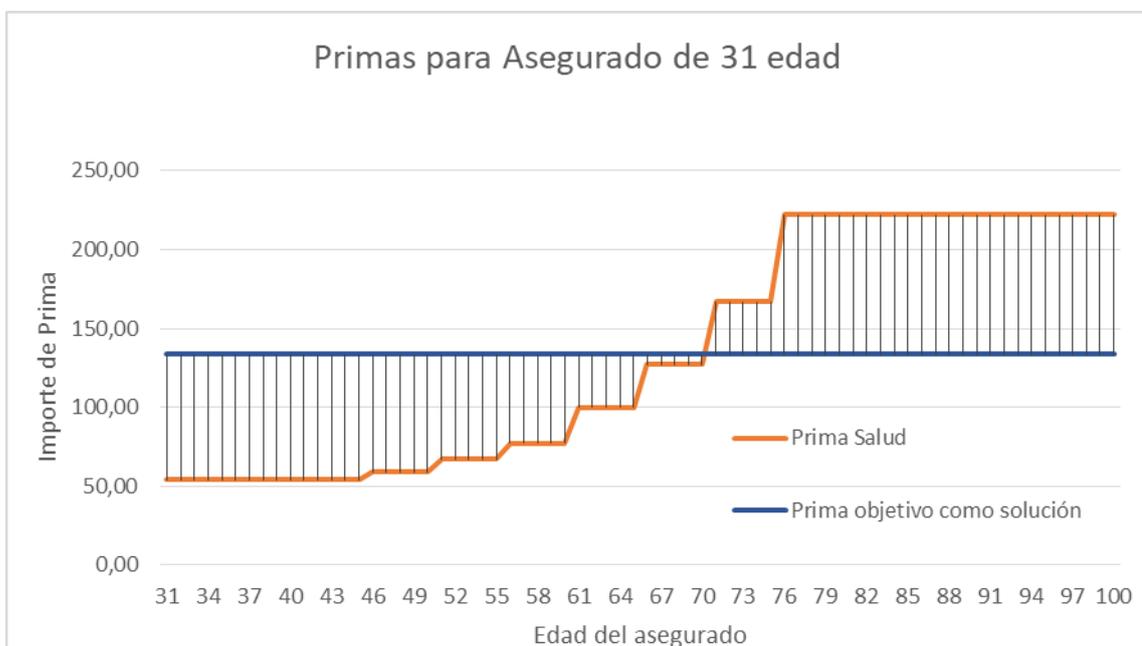
Es decir, al asegurado que empieza pagando PT que es la prima necesaria en el momento 0, al llegar la anualidad siguiente se le comunica la necesidad de incrementar la prima a $PT + X$ para poder tener la cobertura necesaria, pero el cliente por el motivo personal que sea, prefiere seguir pagando PT, si suponemos que esto lo sigue haciendo a lo largo de toda la vida del contrato, cuando tenga necesidad de las prestaciones del seguro propuesto, estas serán insuficientes porque el asegurado no ha pagado las regularizaciones que se le habían propuesto. La compañía notificará anualmente la prima necesaria para tener la cobertura, pero el asegurado tendrá la libertad de decidir la prima que quiere pagar, estando cubierto del todo como en la opción 1 o no, con lo que el Asegurado tendrá que hacerse cargo en el futuro por no haberse adecuado a las regularizaciones propuestas.

- Opción 3: Pago de una prima temporal constante o decreciente.
- 3.A.: Prima constante durante toda la duración del contrato: En un inicio hemos de calcular la prima constante vitalicia que necesitaremos para cubrir las necesidades del seguro de salud por tramos haciendo hipótesis de IPC Sanitarios futuros y posibles ajustes futuros de la prima de salud. Es la prima más cara para el asegurado puesto que deberíamos considerar las futuras actualizaciones de tarifa y asumir el riesgo de prima insuficiente en el futuro si resulta ser un asegurado “siniestro”, dado que la compañía se comprometerá a cubrirlo hasta su fallecimiento por una prima constante. Por

tanto, es la opción más cara para el asegurado y la más arriesgada para la compañía, ya que el riesgo de que el asegurado sea más siniestro que lo inicialmente estimado lo asume la compañía.

- 3.B.: Prima variable de forma decreciente en el tiempo: Una variante podría ser hacer un pago siempre por encima de la prima necesaria recomendada, de manera que se vaya adelantando el pago de las primas que corresponderán una vez superada la edad de jubilación. Es decir que el asegurado, una vez conocida la prima necesaria, realice el pago de una prima superior con la intención de que en el futuro repercuta en una prima menor. De esta forma podría hacer una prima decreciente en el tiempo de manera que en su época activa pague una prima superior y cuando pase a jubilado la prima sea inferior. Esta opción conseguirá que la prima de Salud a pagar una vez superada la edad de jubilación sea menor que en el caso anterior. Es decir, decreciente en el tiempo.
- 3.C.: Prima constante durante el periodo de pago de primas que será inferior al de la duración del seguro, que será vitalicio: La variante mejor para el asegurado si el objetivo es mejorar la capacidad adquisitiva de este en su periodo de cobro de pensión de jubilación, aunque la más cara en un inicio. Sería una opción con solo pago de las primas durante su periodo activo, es decir, sería un seguro de salud vitalicio con pago de primas temporal, tal como decimos sería la opción con las primas más caras para el asegurado, pero el asegurado una vez se jubile ya no tendría que realizar más pagos de primas y tendría la cobertura del seguro de salud vitalicio.

Gráfico 11. Evolución de las Primas de Seguro de Salud a lo largo del tiempo



Fuente: Elaboración propia

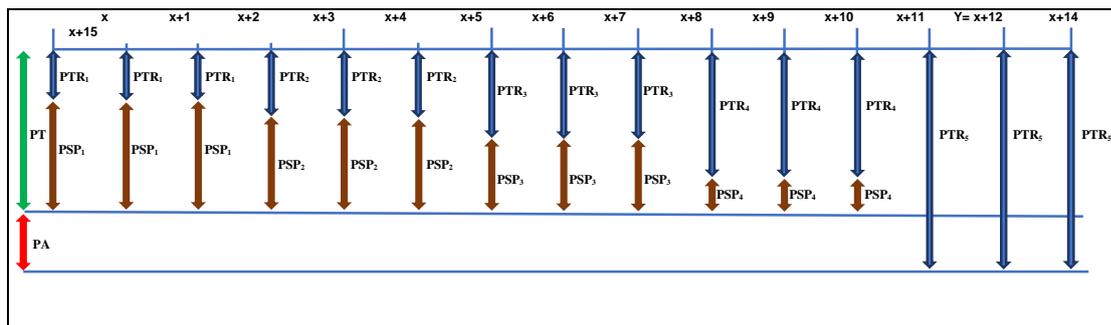
En esta gráfica vemos la intención de aseguramiento. Pretendemos un seguro donde la prima sea lo más constante posible (reflejada en la gráfica con la línea

azul) y que así el asegurado no sufra el escalado de primas que supone la tarifa por tramos (línea naranja).

6.1. Cálculo de la prima

Las primas que pagará el asegurado podrán ser de importe constante PT a lo largo de la vida del contrato o tener una actualización de IPC Sanitario u otros ajustes necesarios, para simplificarlo en el gráfico suponemos una PT constante a lo largo del tiempo.

Gráfico 12. Distribución a lo largo de la vida del seguro de las diferentes primas



Fuente: Elaboración propia

Siendo:

X = edad actual del asegurado

PSP_t = Prima del seguro propuesto para el tramo t

PTR_t = Prima de Salud por Tramos para el tramo t

Y = edad en la que la PTR > PSP

PT = Prima a pagar en la anualidad

PA = Prestación aportada por el seguro propuesto para el pago de la parte de la prima que va desde PT hasta PTR_t

La actualización de las primas constantes que pagará el asegurado a lo largo de la vida del contrato ha de ser igual a la actualización de las primas de Salud vitalicias por tramos si suponemos que no hay ajustes aparte del IPC Sanitario.

- En la opción de pago de primas constante y vitalicio: Para una prima constante vitalicia donde cubrimos la regularización anual del IPC Sanitario, es decir la prima a pagar en la anualidad será siempre constante a lo largo de toda la vida del seguro, suponiendo para simplificar que el incremento de IPC Sanitario será constante a lo largo del tiempo y que no habrá más ajustes futuros, sino se tendría que recalcular la fórmula:

$$PT \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta \text{tramo})^t \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

La actualización del pago anual de nuestra prima constante PT será por tanto una renta vitalicia prepagable dado que el pago será hasta que fallezca el asegurado y será igual al sumatorio de la actualización de las primas por tramos considerando que pueden incrementarse en el IPC Sanitario. La prima por tramos en cada momento será la inicial multiplicada por (1+ incremento de tramo que corresponda en la edad t con respecto a la x) multiplicado a su vez por (1+ incremento del IPC Sanitario que corresponda).

En el caso de que en z se haga un ajuste de prima debido a una declarada insuficiencia de prima.

$$PT_z \cdot \ddot{a}_{x+z} = \left[- \sum_{t=1}^z PSP_{x+t} \cdot (1 + \text{interes})^{z-t} \right] + \sum_{t=z}^{w-x} PTR_{x+z} \cdot (1 + \text{ajuste}) \cdot (1 + \Delta \text{tramo})^t \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{x+z}$$

A partir de z la prima llevará ese ajuste necesario que hemos de tener en cuenta que solo se cobrará del momento z en adelante.

- En la opción de pago de primas variable en el IPC Sanitario y pago de primas vitalicio: Si la prima a pagar por el asegurado se regulariza anualmente con el IPC Sanitario y manteniendo como hipótesis, por simplificar la fórmula, un incremento de IPC Sanitario igual todos los años quedaría como sigue:

$$\begin{aligned} \sum_{t=1}^{w-x} PT_x \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x \\ = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta \text{tramo})^t \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x \end{aligned}$$

En este caso no sería la prima constante PT cada año, sino que se iría incrementando anualmente en el IPC Sanitario, es decir

$$PT_{y+1} = PT_y \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})$$

- En la opción de pago de prima constante y temporal hasta el inicio de la jubilación suponiendo que esta se producirá según los últimos cambios a los 67 años.

$$PT_x \cdot {}_{/67-x}\ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta \text{tramo})^t \cdot (1 + IPC \text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

La PT será constante en cada anualidad, pero solo se pagará hasta los 67 años, será la prima más cara porque el periodo de pago de primas será menor y cubrirá la prima por tramos vitalicia que como en ocasiones anteriores por simplificar suponemos que anualmente se incrementa en un IPC Sanitario de igual porcentaje.

La PT pagará la Prima de Salud que corresponda en esa anualidad PTR_x y la diferencia entre la Prima pagada en la anualidad y esa prima del tramo será la PSP_x que será la parte de aportación anual al seguro propuesto que irá destinada a las futuras prestaciones del seguro.

- para $x \leq Y$ el asegurado hace aportaciones para futuro

$$PT_x = PTR_x + PSP_x$$

- para $x > Y$ el asegurado percibe prestaciones de una cantidad que ayuda a pagar la Prima de tramo que le corresponde

$$PT_x = PTR_x - PA_x$$

La suma de las PSP actualizadas al momento de contratación han de ser iguales a la actualización al momento de contratación de todas las futuras “partes de primas del seguro de Salud (PA)” aportadas por el seguro propuesto, puesto que las aportaciones iniciales al seguro de los primeros años han de quedar compensados con las prestaciones que hará el seguro al pago de las primas de salud.

$$\sum_{t=1}^y PSP_t \cdot {}_tE_x = {}_yE_x \sum_{t=y+1}^{w-x} PA_t \cdot {}_tE_x$$

Las PSP_x serán las primas aportadas por el asegurado hasta la edad “y”, momento en el tiempo en el que la PT pasa de ser superior a la PTR_x a ser inferior, momento por tanto en el que el seguro propuesto será el que generará prestaciones: PA_x

$$PA_x = PTR_x - PT_x$$

A partir de “y” tendremos prestaciones PA_x que será la parte de la prima que aportará el seguro para cubrir la PTR_x que le corresponde al asegurado.

A nivel de cálculo para calcular la prima a pagar PT sería la actualización de todas las primas vitalicias del seguro de salud, pero realmente el producto iría unido a un seguro de salud por tramos por ello esta PT (prima pagada) tendrá una parte que irá destinada al pago de la prima de salud del tramo correspondiente y una PSP que será la prima del seguro propuesto que es la que irá co-

mo aportación para cubrir las futuras prestaciones cuando la prima de salud por tramos supere la PT.

Dicho producto permitiría el traspaso de la provisión matemática que se creara a cualquier otra compañía en el caso de que el asegurado quisiera cambiar de compañía de Salud.

6.2. Propuesta adaptada a producto existente.

El producto a crear sería del ramo de Vida y se vincularía al de Salud.

A través de esta propuesta el seguro que se crea es simplemente un seguro de ahorro cuyo fin será dedicarlo al futuro pago de primas.

Al ser un producto de Ahorro se someterá a la fiscalidad de estos seguros y por tanto dado que el cobro se percibirá en forma de renta diferida vitalicia a partir de la edad “y” se considerará rendimiento de capital mobiliario el porcentaje que corresponda aplicar a cada anualidad según venga reflejado en la ley, actualmente:

- 24 por 100, cuando el perceptor tenga entre 60 y 65 años.
- 20 por 100, cuando el perceptor tenga entre 66 y 69 años.
- 8 por 100, cuando el perceptor tenga más de 70 años.

El porcentaje será el correspondiente a la edad del rentista en el momento de constitución de la renta y permanecerá constante durante toda la vigencia de la misma.

6.3. Propuesta de nuevo producto.

El producto a crear será un producto de Salud complementario al existente, únicamente perteneciente al departamento de Salud, que tendría una parte de “Ahorro” que se podría establecer como un adelanto de prima de Salud.

Al considerarse las primas pagadas PSP_x como un adelanto de primas, no se considerará como pago de renta la Aportación a la Prima que se realiza a partir de la edad “y”, con lo que no existe obligación legal de tributación puesto que el asegurado no percibe las PA_x sino que simplemente se descuentan de la prima pagada PT_x . Por tanto, esta opción se presenta como más beneficiosa para el asegurado.

7. Incidencia en las ODS de la OMS⁹

Imagen 1. ODS pertenecientes a la agenda 2030



Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fue aprobada por los Estados Miembros de la ONU en la cumbre mundial para el desarrollo sostenible de 2015. Con el fin de erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas, se establecieron 17 objetivos, 169 metas, y una declaración política.

La educación, la igualdad, el acceso a la energía, la accesibilidad al agua, el desarrollo de infraestructuras o pautas para el consumo, son algunas de los objetivos de esta agenda internacional de desarrollo para el periodo 2016-2030, que toma el relevo a los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio vigentes desde el año 2000. Es universal, lo que significa que es aplicable a todos los países, incluidos los denominados como "desarrollados", cada uno deberá adecuar sus políticas para enfrentar sus retos específicos adecuándose a su situación particular buscando un objetivo común, es decir no se señala una manera de actuar específica, sino que cada estado adaptará la manera de actuación a su situación.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pretenden ser un instrumento a nivel mundial para erradicar la pobreza y disminuir las desigualdades y vulnerabilidades, bajo el paradigma del desarrollo humano sostenible.

⁹ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Estos son los 17 ODS:

- 1.- Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
- 2.- Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
- 3.- Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.
- 4.- Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
- 5.- Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
- 6.- Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
- 7.- Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
- 8.- Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
- 9.- Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
- 10.- Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
- 11.- Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
- 12.- Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenible.
- 13.- Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
- 14.- Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
- 15.- Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
- 16.- Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

17.- Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) contribuye a la implementación de los ODS a través de su trabajo en las siguientes áreas: Educación, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales y Humanas, Cultura y Comunicación e información.

La Década 2020-2030 ha sido declarada por las Naciones Unidas como la década del envejecimiento saludable lo que significa que las entidades supranacionales irán enfocadas en el objetivo de conseguir un envejecimiento saludable. Las políticas económicas y sociales han de garantizar la vida digna en la vejez buscando un envejecimiento activo y saludable por lo que irán dirigidas a disponer de los servicios e infraestructuras necesarias para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los mayores en las diferentes etapas de la vejez.

7.1. Indicador ODS - IVDS65+: Indicador de vida digna y sostenible a los 65 años y más.¹⁰

Es un indicador compuesto diseñado para medir el envejecimiento digno y sostenible en la población mayor, analizando su comparativa longitudinal, por países y a lo largo del tiempo.

Este indicador permite comparar y evaluar la calidad de vida en la vejez y en que medida es un envejecimiento activo y saludable. Permite aplicar comparativas entre diferentes países o en un mismo país entre diferentes momentos en el tiempo.

El indicador ODS - IVDS65+ agrupa 11 ODS en 8 dominios que abarcan las facetas de la vida de los mayores por lo que tenemos un indicador muy útil para medir la calidad de vida de los mayores. Lo componen una serie de subindicadores, a los que se da el mismo peso, que miden aspectos relevantes como:

- Situación económico patrimonial
- Hábitos de ejercicio y nutrición

¹⁰ Dossier Calidad de vida de los adultos mayores en España y Europa. Indicador ODS-IVDS65+ presentado en las jornadas "ODS y población mayor: retos sociales y económicos de la nueva longevidad", organizadas conjuntamente por la Cátedra Economía del Envejecimiento y la Escuela de Pensamiento de Fundación Mutualidad Abogacía, aportado como documentación en el Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras y presentado por el decano de la Facultad de Economía y Empresa de la UB, Ramon Alemany, y la catedrática de Estadística Actuarial del mismo centro Mercedes Ayuso

- Esperanza de vida general y en buena salud
- Necesidades de cuidados de larga duración
- Nivel educativo y habilidades TIC
- Formas de convivencia y cuidados que prestan a semejantes
- Inserción en el mercado laboral
- Localización en núcleos geográficos
- Relaciones personales y nivel de integración social

Este indicador ODS - IVDS65+ nos permite disponer de una verdadera herramienta para medir y analizar el cumplimiento de este objetivo y nos permite detectar las deficiencias para corregirlas o mejorarlas.

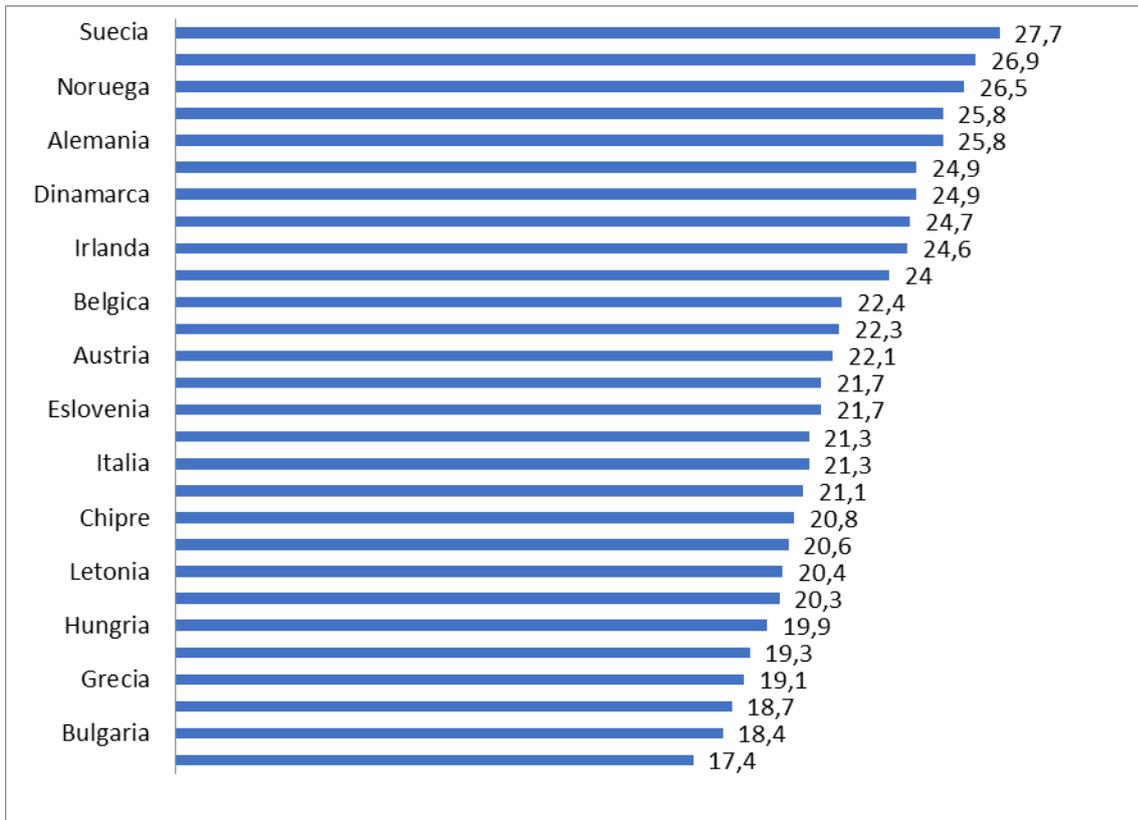
Se incorporan en él 30 subindicadores que permitirán clasificar y comparar los países, tanto unos con otros como a lo largo del tiempo y así medir el grado de cumplimiento de cada uno de los ODS. Como quedará demostrado en los Dominios el indicador nos permite comparar los diferentes Estados y ver en que Dominios hemos de mejorar. El indicador se ha utilizado para medir la situación de España con respecto al resto de los países de Europa.

- En el Dominio 1 – ODS 1 Fin de la pobreza: se miden los criterios de naturaleza económica, nivel de renta y riqueza del grupo y el acceso a pensiones de vejez y supervivencia suficientes y dignas. En el caso de España con respecto a las pensiones de vejez hemos de tener en cuenta que muchas mujeres mayores no han estado dentro del mercado laboral lo que incide en que no obtengamos una buena puntuación, pero si miramos las pensiones de viudedad sí que estamos en un mejor nivel, por encima del valor mediano.
- En el Dominio 2 – ODS 2 Hambre cero: se vela para minimizar y revertir la malnutrición y evitar el sedentarismo. Para ello se mide la población que supera el normopeso. España está en un puesto nada deseable puesto que tiene una población que supera en general el peso adecuado o saludable. En este mismo Dominio también se mide la población activa físicamente y los que consumen fruta y verduras, ensaladas y hortalizas en 3 o más veces por semana. En este caso España está en un mejor lugar con respecto al resto de países.
- En el Dominio 3 – ODS 3 Salud y bienestar: se mide la longevidad total y en buen estado de salud. Para ello se utilizan subindicadores como la esperanza de vida a los 65 años, esperanza de vida a los 85 años, esperanza de vida en salud a los 65 años, porcentaje de personas mayores con limitaciones moderadas o severas que recibe asistencia a domicilio y por último se cuantifican las plazas residenciales en centros

de cuidados de larga duración por cada 100 personas de 65 y más años. España no queda en un mal lugar, ocupa la 7ª posición.

- En el Dominio 4 – ODS 4 Educación de calidad: mide la habilidad de los mayores para seguir aprendiendo, así como para retener y desarrollar habilidades. Los subindicadores recogen el porcentaje de personas de 55-74 años que han completado al menos la segunda etapa de educación y el porcentaje de población entre 65 y 74 años que usó internet en los últimos 3 meses. España queda en un 20º lugar, muy por debajo de la media.
- En el Dominio 5 – ODS 5 Igualdad: mide los cuidados entre mayores y las formas de convivencia (mayores viviendo solos), con las situaciones de desigualdad que pudieran derivarse. Los subindicadores serán el porcentaje de personas mayores de 64 años que no cuida de personas mayores o personas con dolencias crónicas y el porcentaje de mayores de 64 años que no viven solos. Aquí España obtiene una muy buena puntuación quedando en un tercer lugar.
- En el Dominio 6 – ODS 6 Trabajo permanente: medirá la participación de los mayores en el mercado laboral. Los subindicadores medirán el porcentaje de ocupados de 55 años y más en cada país y la tasa de actividad en personas de 65 y 74 años. España ocupa uno de los últimos lugares dado que la edad legal de jubilación está a los 65 años pero también se ve afectado porque las personas mayores con problemas de salud trabajan menos, ganan menos y se jubilan antes por lo que pueden adelantar la edad de jubilación por debajo de los 65 si les surge la posibilidad.
- En el Dominio 7 – ODS 9-11 Infraestructuras: cuantifica la proporción de adultos mayores de 64 años en zonas de diferente densidad poblacional lo que afecta directamente al acceso a los servicios fundamentales para garantizar la calidad de vida en la vejez. España es de los que tiene la mayor proporción de mayores en medio rural. El dominio recoge la agregación de las tres zonas donde viven los mayores atendiendo a la densidad poblacional del lugar donde residen. España se sitúa en el 5º puesto.
- En el Dominio 8 – ODS 16 Paz, justicia e instituciones sólidas: analiza la intensidad de la vida social y pública de los mayores analizando mediante los subindicadores el porcentaje que se reúne más de una vez al mes con amigos, el porcentaje de los que se reúnen con sus familiares una vez al mes, el porcentaje de los que pueden pedir ayuda a familiares, amigos o vecinos, la satisfacción media que tienen con sus relaciones personales, el porcentaje de los que participan en actividades de voluntariado, en actividades políticas y el porcentaje de los que hacen turismo. España queda en un punto intermedio.

Gráfico 13. RANKING IVSD65+



Fuente: Dossier Calidad de vida de los adultos mayores en España y Europa. Indicador ODS-IVSD65+. (presentado por el Decano de la Facultad de Economía y Empresa de la UB, Ramon Alemany, y la catedrática de Estadística Actuarial del mismo centro Mercedes Ayuso Gutierrez)

El indicador ODS-IVSD65+ nos revela que los adultos mayores del norte y centroeuropa son los que tienen mejor calidad de vida del continente. España queda en una posición intermedia alta: puesto 12 de 28. Pero si lo analizamos por Dominios vemos que queda camino por recorrer en cuanto a educación y formación de los mayores y el desarrollo de políticas para incentivar la permanencia en el mercado laboral.

7.2. Efecto del seguro propuesto en los distintos ODS

Nuestra propuesta de seguro sería una pequeña gota en el océano de acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la posición que tenemos en el ranking del indicador ODS-IVSD65+.

7.2.1. ODS 1: Fin de la pobreza

La propuesta presentada en esta Tesis implicaría un trabajo estratégico para reducir la pobreza en la población mayor.

En el futuro la aportación destinada al Seguro de Salud en edades avanzadas será mucho menor que la que correspondería por edad. El asegurado durante la vida laboral ya habrá ido haciendo aportaciones al seguro propuesto PSP_x , de manera que el asegurado mantendrá su prima a pagar constante PT_x y a partir de aquí es cuando encontrará el beneficio al seguro contratado dado que la prima que pagará será menor que la que le corresponde en un seguro de salud por tramos PTR_x , esto le permitirá tener un poder adquisitivo mayor que sin contratar el seguro propuesto.

Durante los primeros años del seguro hasta llegar a la edad “y” la aportación al seguro propuesto será en positivo ($PT_x = PTR_x + PSP_x$) y en los años posteriores a la edad “y” será el seguro propuesto el que dará las prestaciones para cubrir la diferencia entre la prima pagada y la correspondiente del seguro de salud por tramos ($PT_x = PTR_x - PA_x$) de manera que la prima pagada se mantendrá en un importe menor del que correspondería si pagara únicamente el seguro de salud por tramos.

7.2.2. ODS 2: Hambre cero

El hecho de poder mantener un seguro de salud pagando una prima más asequible implicará tanto un control médico mayor cuando el asegurado llegue a edades por encima de la edad de jubilación y la afectación al poder adquisitivo implicará también que el asegurado pueda acceder a una mejor alimentación.

Un poder adquisitivo mayor le permitirá tanto llevar una alimentación de mejor calidad como llevarla más variada, por tanto, permitirá al asegurado una vida saludable en su edad avanzada y con ello un mejor estado de salud general.

7.2.3. ODS 3: Salud y Bienestar

“Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible”. Tal como señalan las Naciones Unidas se ha conseguido aumentar la esperanza de vida y reducir algunas causas de muerte comunes, los esfuerzos se dirigen ahora a erradicar por completo una gran variedad de enfermedades y abordar otros problemas de salud. El hecho de buscar una fórmula que ayude a los asegurados a mantener el seguro de salud implicará a su vez que se apoye este objetivo dado que el control sanitario podrá ser más asiduo y habitual con la consiguiente erradicación de enfermedades en un momento más cercano al origen de ella.

7.2.4. ODS 5: Igualdad

“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres. La igualdad de género no solo es un derecho humano fundamental, sino que es

uno de los fundamentos esenciales para construir un mundo pacífico, próspero y sostenible.” La propuesta de seguro ayudará a su vez a conseguir este Objetivo de Desarrollo Sostenible. Hoy en día la mujer está incorporada al mercado laboral pero todavía el salario puede ser menor en muchas ocasiones al integrante de la familia masculino. Esta propuesta ayudará a que, en el futuro, en la edad en la que un integrante pueda faltar, no se provoquen diferencias entre sexos dado que lo que se busca es que se mantenga la prima de Salud a lo largo de la vida de la póliza por tanto la afectación al poder adquisitivo de la pérdida de un integrante familiar no supondrá un problema para el pago de la prima que corresponda ya que en edades altas una gran parte de la prima de Salud la aportará el seguro propuesto.

7.2.5. ODS 10: Reducción de las desigualdades

“Reducir las desigualdades y garantizar que nadie se queda atrás forma parte integral de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”

Realmente esta forma de ahorro de cara a poseer un seguro de salud a lo largo de la vida será un apoyo para reducir las desigualdades a las que se pudieran enfrentar en un futuro por afectaciones en el poder adquisitivo. Es una forma de ahorro que permitirá que cuando se pase de cobrar un salario a una pensión pueda seguir manteniéndose el seguro sin grandes esfuerzos adaptándose este a la nueva situación.

7.2.6. ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles

“Lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles” Tal como ya hemos señalado este tipo de seguro permitirá que si en el futuro, a edades avanzadas, el nivel adquisitivo se ve alterado no sea tan gravoso pagar el seguro de salud, sino que la parte aportada por el seguro para el pago de la prima implicará poner en una situación menos vulnerable a los asegurados en esas edades delicadas, por lo que la comunidad en general tendrá una situación menos vulnerable y una calidad de vida mejor.

7.2.7. ODS 16: Paz, justicia e instituciones solidas

“Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas. Los conflictos, la inseguridad, las instituciones débiles y el acceso limitado a la justicia continúan suponiendo una grave amenaza para el desarrollo sostenible.”

Una de las metas para conseguir este objetivo es promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible. El objetivo es una sociedad justa y no hay sociedad más justa que la que permite a todos sus ciudadanos acceder a la atención sanitaria suficiente y necesaria. Nuestra propuesta de seguro ayudará a conseguir este objetivo

8. Diseño del Producto

Comenzaríamos ofreciendo una sola opción del producto nuevo de Salud. Es preferible centrar los esfuerzos en una sola opción inicialmente y valorar en el futuro otras opciones dependiendo de la aceptación que tenga en el mercado. Dado que es un producto desconocido para el cliente es preferible ofrecer una única opción y más adelante cuando ya se conozca por parte del cliente intentar otras opciones adaptadas a otras necesidades.

Partiremos de la opción de producto que consideramos más comercializable a día de hoy, esta sería la que iría añadida al de Salud con prima variable en el tiempo en base al IPC Sanitario u otros ajustes, será la opción fiscalmente más interesante, es decir la que se considera un adelanto de prima de salud y que se gestionaría como un complementario al seguro existente. Únicamente ofreceremos la opción donde calculamos la prima necesaria a día de hoy partiendo de la tarifa actual por tramos.

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x$$

En este momento calculamos la PT_x a pagar y el año que viene reproduciremos el cálculo con la tarifa vigente en ese momento y regularizaremos anualmente con el IPC Sanitario u otros ajustes necesarios.

$$PT_{x+1} \cdot (1 + IPC\text{Sanitario}) \cdot \ddot{a}_{x+1} = [-PSP_x \cdot (1 + \text{interes})] + \sum_{t=1}^{w-x} PTR_{x+1} (1 + IPC\text{Sanitario}) \cdot (1 + \text{ajuste}) \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_{x+1}$$

Al ser un producto novedoso consideramos que será esta opción la que es más sencilla de explicar al asegurado.

Por tanto, partimos de:

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x$$

PT_x será la prima constante a pagar por el asegurado si no hay variaciones de IPC Sanitario. Partimos de la hipótesis de que la tarifa de salud no variará en el tiempo por tanto la actualización de todas las Primas de Salud futuras actualizadas al momento inicial de contratación será igual a la actualización de las primas a pagar.

$$PT_x = \frac{\sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x}{\ddot{a}_x}$$

La prima a pagar por el asegurado será constante en el tiempo y solamente se incrementará por los cambios de tramo ya establecidos en la tarifa. En el caso de que en el futuro hubiera un incremento de tarifa o un incremento de IPC Sanitario se debería de rehacer el cálculo a la nueva situación.

Tendríamos una provisión matemática que vendría determinada por

$${}_kV_x = \left[\sum_{t=1}^{w-x} PTR_{x+k} \cdot (1 + \Delta tramo)^t \cdot {}_tE_{x+k} \right] - PT_{x+k} \cdot \ddot{a}_{x+k}$$

En el caso de que el asegurado quisiera trasladarse a otra compañía sería el valor de esta provisión el que se trasladaría.

No generaría valor de rescate, en el caso de que el asegurado dejara de abonar las primas de salud y dado que fiscalmente se ha considerado un adelanto de primas lo que haríamos sería descontar de esta provisión matemática las primas de salud que le correspondan, dándole cobertura hasta que la provisión matemática se extinga a menos de que se ponga al día en el pago de primas.

No hemos considerado tampoco ninguna indemnización en el caso de fallecimiento. Podría ser una mejora a plantear en el producto.

8.1. Ejemplo de cálculo

Si partimos de una tarifa ejemplo de primas por tramos para un Seguro de Salud, utilizando como tabla de mortalidad para el cálculo la PER2020 individual de segundo orden y con un tipo de interés de 0,48% para mujeres siguiendo el principio de prudencia.

Tabla 1. Ejemplo de tarifa por tramos de edad

EDAD	PRIMA
De 0 a 20 años	38
De 21 a 30 años	41
De 31 a 45 años	54
De 46 a 50 años	59
De 51 a 55 años	67
De 56 a 60 años	77
De 61 a 65 años	100
De 66 a 70 años	127
De 71 a 75 años	167
Más de 75 años	222

Fuente: Elaboración propia

8.1.1. Caso 1: Prima para un asegurado de 30 años

$$x = 30$$

$$i = 0,48\%$$

$$PTR_{30mensual} = 41 \text{ €}$$

$$PTR_{30} = 492 \text{ €}$$

Tendríamos que este asegurado tendría una prima promedio estimándole una esperanza de vida hasta los 100 años de 1.572,27 € anuales es decir 131,02 € mensuales.

$$PT_x = \frac{\sum_{t=1}^{100-30} PTR_{30} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t}{(100 - 30)} = 131,02 \text{ €/mes}$$

En cambio, tendría una PT, prima constante (variable únicamente por un IPC Sanitario o un ajuste aplicable en el futuro cuando ocurra mediante regularización no considerada en el cálculo inicial) de 1.462,21 € anuales, es decir 121,85 €

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{30} = \frac{\sum_{t=1}^{w-30} PTR_{30} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_{30}}{\ddot{a}_x} = 121,85 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT) constante a pagar por el asegurado a lo largo de la vida del seguro sería de 2.282,66 € anuales, es decir 190,22 €

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{30} = \frac{\sum_{t=1}^{w-30} PTR_{30} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{30}}{\ddot{a}_{30}} = 190,22 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT), es decir la Prima constante a pagar por el asegurado hasta los 67 años de 3.808,18 anuales, es decir 317,35 €

$$PT_x \cdot {}_{/67-x}\ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{30} = \frac{\sum_{t=1}^{w-30} PTR_{30} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{30}}{{}_{/37}\ddot{a}_{30}} = 317,35 \text{ €/mes}$$

8.1.2. Caso 2: Prima para un asegurado de 40 años

$$x = 40$$

$$i = 0,48\%$$

$$PTR_{40\text{mensual}} = 54 \text{ €}$$

$$PTR_{40} = 648 \text{ €}$$

Tendríamos que este asegurado tendría una prima promedio estimándole una esperanza de vida hasta los 100 años de 1.742,75 anuales, es decir 145,23 € mensuales

$$PT_{40} = \frac{\sum_{t=1}^{100-40} PTR_{40} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t}{(100 - 40)} = 145,23 \text{ €/mes}$$

En cambio, tendría una PT, prima constante (variable únicamente por un IPC Sanitario o un ajuste aplicable en el futuro cuando ocurra mediante regularización no considerada en el cálculo inicial) de 1.631,00 € anuales, es decir 135,92 €

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{30} = \frac{\sum_{t=1}^{w-30} PTR_{30} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_{30}}{\ddot{a}_x} = 135,92 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT) constante a pagar por el asegurado a lo largo de la vida del seguro sería de 2.364,83 es decir 197,07€ mensuales

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{40} = \frac{\sum_{t=1}^{w-40} PTR_{40} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{40}}{\ddot{a}_{40}} = 197,07 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT), es decir la Prima constante a pagar por el asegurado hasta los 67 años de 4.565,67 € es decir 380,47 € mensuales

$$PT_x \cdot {}_{/67-x}\ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{40} = \frac{\sum_{t=1}^{w-40} PTR_{40} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{40}}{{}_{/27}\ddot{a}_x} = 380,47 \text{ €/mes}$$

8.1.3. Caso 3: Prima para un asegurado de 50 años

$$x = 50$$

$$i = 0,48\%$$

$$PTR_{50, \text{mensual}} = 59 \text{ €}$$

$$PTR_{50} = 641,46 \text{ €}$$

Tendríamos que este asegurado tendría una prima promedio estimándole una esperanza de vida hasta los 100 años de 1.952,71 € anuales, es decir 162,73 € mensuales

$$PT_{50} = \frac{\sum_{t=1}^{100-50} PTR_{50} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t}{(100 - 50)} = 162,73 \text{ €/mes}$$

En cambio, tendría una PT, prima constante (variable únicamente por un IPC Sanitario o un ajuste aplicable en el futuro cuando ocurra mediante regulariza-

ción no considerada en el cálculo inicial) de 1.861,63 € anuales, es decir 155,14 € mensuales

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{50} = \frac{\sum_{t=1}^{w-50} PTR_{50} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot {}_tE_{50}}{\ddot{a}_{50}} = 155,14 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT) constante a pagar por el asegurado a lo largo de la vida del seguro sería de 2.502,48 € anuales, es decir 208,54 €

$$PT_x \cdot \ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{50} = \frac{\sum_{t=1}^{w-50} PTR_{50} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{50}}{\ddot{a}_{50}} = 208,54 \text{ €/mes}$$

Si suponemos como hipótesis un IPC Sanitario de un 1% anual que incrementaría la Prima de Salud nos daría una Prima Total (PT), es decir la Prima constante a pagar por el asegurado hasta los 67 años de 6.223,88 € anuales, es decir 518,66 €

$$PT_x \cdot {}_{/67-x}\ddot{a}_x = \sum_{t=1}^{w-x} PTR_x \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_x$$

$$PT_{50} = \frac{\sum_{t=1}^{w-50} PTR_{50} \cdot (1 + \Delta\text{tramo})^t \cdot (1 + IPC\text{Sanitario})^t \cdot {}_tE_{50}}{{}_{/17}\ddot{a}_{50}} = 518,66 \text{ €/mes}$$

8.2. Definición del Producto

En esta fase hemos de contactar con los diferentes departamentos:

- Departamento Técnico para definir claramente las características técnicas del producto:
 - Modalidad del Producto: Será un producto de Salud con Ahorro
 - Cobertura
 - Bases Técnicas: Interés técnico, tablas de mortalidad, cálculo de las primas y valores garantizados que tal como hemos dicho sería la provisión matemática a traspasar a otra compañía si lo solicita el asegurado, el valor de rescate no lo consideraríamos puesto que fiscalmente lo hemos tratado como adelanto de prima de salud, lo mismo ocurre con el valor de reducción pero si que hemos de establecer como se ha de hacer el cálculo de la temporalidad de cobertura de salud que se generará con la provisión matemática en caso de impago de primas.
 - No olvidemos que ha de ser un producto que pueda traspasarse a otra compañía si es el deseo del Asegurado, en un primer momento no sería viable dado que no hay otras compañías que tengan este producto, pero la competencia no tardará en generar un producto similar y ha de ser posible que se traspase la provisión matemática de la parte de ahorro.
- Departamento de Vida en el que nos aporten sus ideas para el desarrollo e implementación del nuevo producto dada su mayor experiencia en Seguros de Ahorro
- Departamento Jurídico para aclarar los términos legales dado que no es un producto actualmente comercializado
- Departamento Comercial para que aporten a su vez su experiencia y opinión sobre las necesidades del cliente, valorar el mercado potencial, perfil del asegurado interesado y oportunidades de negocio.
- Departamento Financiero: dado que tendrá una parte de ahorro tendrán que establecer un plan de gestión de activos y pasivos y planificar la gestión de inversiones vinculada al nuevo producto.
- Departamento informático: para valorar la planificación de la puesta en comercialización, circuitos, tarificadores, automatización e integración en el abanico actual de productos de la compañía.
- Departamento Fiscal: que verificará la Fiscalidad y su cumplimiento Normativo.

8.3. Estudio de viabilidad del Producto

En esta fase las áreas afectadas de la compañía han de analizar la viabilidad del producto y del calendario previsto para su puesta en comercialización.

Estamos en un momento crucial dado que aquí se tomará la decisión de continuar con la propuesta y ponerla en marcha o desestimarla.

La viabilidad técnica-actuarial mediante el estudio del cálculo técnico actuarial de primas y provisiones, de condiciones de cobertura, prestaciones y base técnica y de asunción de riesgo por parte de la compañía.

Por la parte actuarial tendremos que definir claramente las coberturas que daremos y la modalidad a aplicar, definiremos las condiciones generales y especificaremos el cuadro de tarifas. Estableceremos el volumen de negocio comercializable, además del riesgo del producto. Con todo lo señalado estableceremos un primer análisis desde el punto de vista técnico y de gestión. Estableceremos claramente el cálculo del periodo de cobertura a aplicar en el seguro de Salud en el caso de impago de primas en lugar de valor de anticipo o de rescate.

Por la parte jurídica se pronunciarán con respecto al marco legal aplicable, así como los criterios jurisprudenciales, el impacto jurídico y fiscal, así como la documentación contractual y comunicación necesaria.

La viabilidad financiera se analizará con el estudio de las inversiones vinculadas al proyecto necesarias para cumplir con los límites legales de diversificación dentro del marco crediticio de la compañía y cumpliendo los requerimientos de margen de beneficio establecidos.

La viabilidad de gestión vendrá marcada por la adaptación a los actuales procesos y el coste de implantación, por tanto, vendrá unida a la viabilidad informática donde se ha de establecer si se podrán cumplir plazos de integración en los sistemas actuales. Se ha de realizar un análisis coste - beneficio, comparar el coste de implantación del nuevo producto con los beneficios esperados, así como un análisis financiero donde se estimen los flujos de ingresos y gastos estableciendo la tasa de actualización y un horizonte temporal.

Tal como hemos dicho anteriormente es un momento crucial dado que si se establece el producto como viable la compañía ha de tener los recursos suficientes para cumplir con lo previsto, para poner el nuevo producto en marcha y comenzar su comercialización. Será el momento donde la Dirección de la compañía tomará la decisión final de comercialización si se define como viable, por tanto, es esencial un análisis DAFO donde se especifiquen las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que se le vean al proyecto, el análisis del Coste & Beneficio, riesgos en los que incurre la compañía y el plan de implantación donde se señale la rentabilidad del producto y las ventas mínimas a realizar.

8.4. Desarrollo del Producto

Una vez que se define el nuevo producto como viable pasamos a definir los requerimientos por escrito del producto de manera detallada y a preparar la implantación del mismo, plazos y acciones a realizar por cada miembro del equipo de trabajo. En esta etapa es esencial la comunicación a todas las personas intervinientes, así como a las afectadas por la puesta en marcha del nuevo producto.

El Comité de gobernanza de productos supervisará el cumplimiento del proceso de aprobación, de la política de gobernanza, la información del producto y el público objetivo, la estrategia y canales de distribución, el product-testing, seguimiento de producto y plan de contingencia

Se escribirán por parte del departamento técnico las Bases Técnicas con las características finales establecidas y aprobadas del producto (definición del producto y coberturas, interés técnico, tablas de mortalidad, cálculo de prima y provisión, recargos de gestión externa, interna y de administración)

El departamento jurídico establecerá ya por escrito los requisitos contractuales valorados definitivos con todas las implicaciones legales y fiscales, así como las restricciones que deban tenerse en cuenta.

Se ha de definir y negociar la inversión necesaria designada vinculada al producto revisando que cumpla con los requisitos necesarios.

A nivel económico financiero se definirá la operativa contable del producto, señalando la imputación de gastos, comisiones de la red de ventas y la interrelación entre aplicaciones.

Además, se ha de definir las salidas impresas contractuales para el cliente, la formulación necesaria para que se automatice el proceso, las salidas establecidas por pantalla, restricciones que se hayan de aplicar, casuísticas que se puedan presentar y como solventarlas, la interacción que tiene con el producto de Salud y como se actualizará si hay cambios en este, que opciones otorgará, las necesidades para gestionar la información y los cálculos futuros en caso de escenarios cambiantes.

Se establecerá el plan de Marketing detallado.

9. El plan de Marketing y Postventa¹¹

Una vez tengamos los análisis y estudios sobre la viabilidad de nuestro nuevo producto hemos de elaborar un plan de marketing de producto.

De manera sistemática y estructurada redactaremos nuestros objetivos tanto cualitativos como cuantitativos a conseguir en los tiempos específicos detallando programas y acciones a llevar a cabo en el plazo previsto.

El plan de marketing ha de ser un documento escrito que recoja en diferentes puntos las estrategias a seguir, los objetivos, las líneas de actuación, los costes y los resultados esperados de manera que pueda ser presentado, analizado, sancionado y puesto en práctica.

Ha de definir claramente los campos de responsabilidad y establecer los procedimientos de control.

La comunicación es fundamental y ha de ser muy fluida entre todas las partes involucradas.

Gráfico 14. El plan de marketing



Fuente: Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Dirección de Marketing, capítulo 6. Profesor Ferran Rovira Isanda

¹¹ Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Dirección de Marketing, capítulo 6. Profesor Ferran Rovira Isanda

9.1. Análisis de situación

9.1.1. Externo

Tendremos que hacer un estudio de mercado para ver si podrá o no haber mercado para el nuevo producto. En principio puede encajar en el entorno socio-cultural actual, comienza a haber una cultura de que el ahorro para la jubilación es necesario y que en el futuro habrá un problema con las pensiones. Quizás el entorno económico puede decirnos que no es el momento para los más jóvenes porque las posibilidades de ahorro sean mínimas y por tanto haya que enfocarlo a una clientela de una edad media superior que ya tenga un poder adquisitivo más alto, con una conciencia de la realidad futura y sin ya tanta necesidad inmediata, que ya ve que la prima que tendrá que pagar en las edades avanzadas será muy alta y por tanto le interese pagar menos en el futuro a cambio de una prima actual superior.

El entorno demográfico sí que nos enfoca el producto como comercialmente interesante. Por tanto, el análisis de la demanda se hace totalmente necesario sobre todo para determinar a qué franja de edad irá destinado nuestro producto.

9.1.2. Interno

Ya tendremos analizada la situación de la empresa y el efecto de la implementación del nuevo producto, analizando con mucho detenimiento el proceso productivo, los costes, el grado de implementación tecnológica y la complementación con los productos actuales y los aspectos comerciales, es el momento de analizar los canales de distribución a utilizar, la inversión comercial a realizar, los principales clientes objetivo por edad o zona, cuota de mercado que queremos alcanzar.

9.1.3. Producto – Precio – Comunicación – Distribución

Ahora hay que diseñar estrategias y el plan de acción a seguir con la combinación de los instrumentos del marketing mix y ya implantar la estrategia y el control de los resultados.

9.1.4. DAFO

Con lo que obtengamos anteriormente completaremos nuestro análisis DAFO esbozado al analizar la viabilidad

	Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables
Análisis Interno	Fortalezas	Debilidades
Análisis Externo	Oportunidades	Amenazas

Las fortalezas son las características del producto propuesto que afectan positivamente en la competitividad futura. Las debilidades serán las que afecten de manera negativa.

Las amenazas serán aquellos factores que influyen en nuestro producto de manera negativa y que influyan de manera negativa en la consecución de nuestro objetivo como podría ser el momento económico en el que nos encontremos.

Las oportunidades serán los factores del entorno que influyen positivamente, en este momento un tema habitual en los medios de comunicación es la necesidad de reformas urgentes en el cálculo de las pensiones, el envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida, esto ayudará a la hora de explicar la necesidad del producto al futuro asegurado.

9.2. Planificación Estratégica

Llega el momento de la planificación estratégica para el nuevo producto y sus diferentes puntos

9.2.1. Establecimiento de objetivos

Del punto inicial y más importante es la determinación de los objetivos a los que queremos llegar con nuestro nuevo producto y su horizonte temporal.

- **Objetivos de ventas:** Se marcará el incremento de ventas que pretendemos tener coherente y viable.
- **Objetivos de rentabilidad:** Siendo un producto nuevo hay que ser prudentes con el objetivo de rentabilidad que pretendemos en un corto plazo, la ratio de primas/recursos invertidos irá mejorando a lo largo de los años según vaya madurando el producto, al ser completamente nuevo hay que dejar un tiempo de maduración hasta que penetre en el mercado.
- **Objetivos comerciales cualitativos:** la satisfacción de cliente o la percepción de la calidad es ya un objetivo desde el inicio dado que el propio producto se crea para cubrir una necesidad real actual del asegurado.

9.2.2. Diseño de la estrategia

Elaboración de las estrategias comerciales:

- Segmentación, que nos señalará el público objetivo más interesante para la compañía
- Posicionamiento que esperamos tener
- Producto y marca
- Precio
- Distribución
- Comunicación
- De personas

- Evidencia Física
- Proceso – Servucción

9.2.3. Plan de Acción

Una vez establecidas las estrategias comerciales estamos en el momento de establecer el Plan de Acción donde ya sí que se marcará el qué se va a hacer, cuándo se hará, quién se encargará de hacerlo y cuánto costará.

9.3. Métodos de Control

Se establecerán métodos para controlar que los objetivos se cumplen, que la eficiencia de venta es la esperada y que los ratios son los esperados.

Los métodos de control han de ser fáciles y automáticos de manera que se pueda controlar asiduamente las ventas, la rentabilidad, los costes y con ello la eficiencia de las campañas de publicidad y promociones.

10. Conclusiones

La Década 2020-2030 declarada por las Naciones Unidas como la década del envejecimiento saludable ha de tener aportaciones por parte del mundo del seguro, hemos de pensar y crear seguros que ayuden a que lleguemos a la vejez con un buen estado de salud.

Se están planteando y comenzando a implementarse grandes cambios en el sistema actual de pensiones para que podamos disfrutar de la pensión de jubilación más años. El fin es conseguir un equilibrio, una equivalencia actuarial donde los años de jubilación sean sostenibles con los años en que hemos sido activos pero no hemos de olvidar que partimos de un sistema de reparto y por tanto cualquier modificación o cambio ha de ser analizada y valorada en el tiempo.

Se han de apoyar e incentivar todas las medidas de ahorro para la jubilación, nuestra propuesta de seguro entraría a apoyar al tercer pilar de la previsión social dado que es una forma de ahorro para la jubilación y también hemos de apoyar la medida de alargar nuestra vida laboral que formaría parte del cuarto pilar.

Viviremos más años gracias a la ciencia y la sanidad que permite con las nuevas tecnologías y avances que nuestra salud se recupere incluso a edades muy avanzadas y elimina enfermedades que resultaban mortales hasta hace muy poco tiempo.

No solo hemos de pensar en nuestra salud física sino también en cuidar la mental, la emocional y la espiritual, dandoles valor, manteniendo las relaciones personales y familiares, nuestras aficiones e intentar no aislarnos escapando de la soledad, formar parte de la sociedad y cuidarnos.

Las pirámides poblacionales se están invirtiendo y esto conlleva una población donde cada vez hay más personas mayores, por lo que tener un seguro privado de salud es un bien cada vez más valorado puesto que facilita el acceso a la atención médica de manera inmediata y con un trato personalizado.

Esta claro que la evolución del sistema sanitario y su sostenibilidad tal como lo conocemos pasará necesariamente por reformas e incluso se plantearán soluciones publico-privadas y este seguro privado con sistema de ahorro o capitalización creemos que será parte de la solución.

Una población cada vez más envejecida podría obligar a una reforma en el sistema de salud y que en el futuro se establezcan conciertos de cooperación entre salud pública y privada con propuestas como la suiza o la alemana donde se obliga a elegir entre el seguro nacional o una cobertura privada, este escenario sí que favorecería a un seguro como el propuesto dado que al desaparecer la alternativa de la sanidad pública se percibiría como una opción mucho más beneficiosa que actualmente. Aunque hemos de ser conscientes que un cambio tan radical acarrea una regulación muy amplia y exhaustiva puesto que

se ha de regular la obligatoriedad de contratación de un seguro ya sea público o privado en todos los casos posibles, se ha de establecer su gestión, las prestaciones cubiertas, el copago de medicamentos, los copagos en servicios, primas mínimas, etc. pero lo que está claro es que mejoraría la calidad asistencial, (incluido el acceso y las listas de espera como parte importante de calidad) y la sostenibilidad de la misma.

Las medidas aplicadas para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible han de ser medidas que no solo sirvan para las personas que actualmente están jubiladas sino también para que esos ODS se cumplan con las personas que en el futuro lleguen a la edad de jubilación.

Imagen 2. Distribución por edades del Seguro de Salud



Fuente: Estamos seguros. Datos 2021. UNESPA

Nuestra ayuda a la consecución de este objetivo será crear un producto de ahorro vinculado a Salud que ayudará en el futuro al mantenimiento de la póliza de Salud sin que resulte tan cara al asegurado y por tanto le sea más fácil mantener la póliza, lo que redundará también en una mejor salud dado que no solo tendrá acceso a la sanidad pública.

Uno de los inconvenientes que nos encontraremos en nuestra propuesta de seguro será que ha de ser regularizado periódicamente ante cambios de IPC

Sanitario superiores al estimado, incrementos de prima por inclusiones de nuevas tecnologías u otras circunstancias que se presenten. Pero aún así siempre será mejor tenerlo contratado que no tenerlo dado que el impacto económico para el asegurado siempre será menor.

Puede que nuestro producto en la situación actual no resulte tan interesante para nuevos asegurados dado que el asegurado sigue teniendo la sanidad pública disponible y el precio no le resulte tan atractivo, más si espera que hayan regularizaciones futuras, pero a medio y largo plazo hemos de pensar que si la población envejece y es en las edades superiores cuando aparecen un mayor número de enfermedades, la sanidad pública pueda verse más saturada de lo que está actualmente.

Los actuales asegurados de salud verán una oportunidad de realizar un ahorro con una prima no muy alta que les reportará un beneficio futuro considerable puesto que les permitirá mantener el beneficio de su seguro de salud, servicio al que están acostumbrados y que con los años se incrementa el uso y por tanto con el aumento de los años se aprecia más la utilidad.

El objetivo para la Entidad Aseguradora será mantener en el futuro cercano la cartera de asegurados de 51 a 60 años y no perder ese 15 % de sus asegurados que están muy cerca de entrar en la edad de jubilación que son 1.718.437 asegurados, pero además tener una opción de futuro que ayude a que el resto de cartera más joven tenga una opción de mantener su seguro de salud a lo largo de su vida.

Es siempre más fácil mantener un asegurado que conseguir uno nuevo, por tanto proponer opciones de futuro viable a nuestra cartera de asegurados implicará una buena percepción del cliente y con una buena política de marketing podemos conseguir que los asegurados que ya conocen el servicio que les proporciona el seguro de salud vean la propuesta como una opción interesante a la que acogerse para poder mantener el seguro de salud a lo largo de su vida con un ahorro mensual, más si les concienciamos de la problemática futura.

11. Bibliografía

11.1. Cuadernos de Dirección Aseguradora

MOYA FERNANDEZ, S. Cuaderno 71: Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño.

SOLÉ MONLEÓN, D. Cuaderno 271: El seguro de salud, propuesta de valor diferencial en las sociedades longevas.

11.2. Trabajo de Final de Master en Ciencias Actuariales y Financieras

FERRER LAZARO, D. Tipología de cliente según el uso de los seguros de Salud.

11.3. Informes:

Instituto de Actuarios Españoles. Análisis de la reforma de pensiones de 2021. Junio 2022

Eurostat. Ageing Europe — Looking at the lives of older people in the EU — 2020 edition.

11.4. Fuentes de internet:

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo sostenible. <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>> (Fecha de consulta: 30 de abril de 2022).

<https://www.deia.eus/actualidad/sociedad/2022/06/18/envejecimiento-poblacion-incrementa-operaciones/1230653.html> (Fecha de consulta: 21 de junio de 2022).

https://www.ara.cat/economia/jubilacio-mes-lluny-poblacio-activa-mes-65-anys-duplicara-decada_1_4409451.html (Fecha de consulta: 21 de junio de 2022).

https://www-elconfidencial-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.elconfidencial.com/amp/economia/2022-06-21/efecto-secundario-retrasar-edad-jubilacion-morir-antes-70_3447011/ (Fecha de la consulta: 22 de junio de 2022)

<https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl22/2022/paper/viewFile/162/141> (Fecha de la consulta 27 de Junio de 2022)

<https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf> (Fecha de la consulta 30 de Junio de 2022)

<https://www.inese.es/el-deterioro-del-sistema-publico-de-salud-puede-arrastrar-a-la-sanidad-privada> (Fecha de la consulta 05 de julio de 2022)

Razo GAM, Díaz CR, López GMP. Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. Rev CONAMED. 2018;23(2):58-65.

https://www.swissinfo.ch/spa/pol%C3%ADtica-de-salud_c%C3%B3mo-funciona-el-sistema-sanitario-suizo/44352804 (Fecha de la consulta 12 de Julio de 2022)

<https://www.fintonic.com/blog/sanidad-publica-vs-seguro-privado/>(Fecha de la consulta 12 de Julio de 2022)

<https://espanol.apolo.app/como-funciona-el-sistema-de-salud-de-alemania/>
(Fecha de la consulta 12 de Julio de 2022)

COE E., DEWHURST M., HARTENSTEIN L., HEXTALL A., LATKOVIC T.
“Adding years to life and life to years” McKinsey Health Institute

https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/seguros_medicos/sanitas-mas-vital/resumen/index.html (Fecha de la consulta 14 de Julio de 2022)

<https://www.naradigital.es/promocion/salud/>(Fecha de la consulta 17 de Julio de 2022)

<https://www.polizamedica.es/seguros/salud/seguro-medico-para-personas-mayores> (Fecha de la consulta 17 de Julio de 2022)

<https://www.segurosdesalud-presupuestos.es/comparativas/perfiles/asisa-mayores-65> (Fecha de la consulta 17 de Julio de 2022)

https://www.65ymas.com/economia/pensiones/conoces-tres-pilares-con-se-financia-jubilacion_29208_102.html (Fecha de la consulta 17 de Julio de 2022)

<https://segurosnews.com/ultimas-noticias/pilar-gonzalez-de-frutos-cree-que-se-intensificara-la-competencia-en-autos> (Fecha de la consulta 17 de Julio de 2022)

María Zárraga Ribó

Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Universidad de Barcelona.

Licenciada en Económicas y Empresariales, Actuario de Seguros por la Universidad del País Vasco desde 1997

Ejecutiva de Cuentas en Principal International España 1999 – 2000

Actuario de Vida en Fiatc Mutua de Seguros y Reaseguros 2000 – 2009

Actuario de Salud en Fiatc Mutua de Seguros y Reaseguros 2009 – Actualidad